

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 33

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

A propos des métastases ovariennes
des cancers de l'estomac
Etude clinique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1930.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis ROUSSELIN

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 18 Janvier 1902 à RECLESNE (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1930

A PROPOS des MÉTASTASES OVARIENNES
des CANCERS de l'ESTOMAC
Etude Clinique



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 33

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

A propos des métastases ovariennes des cancers de l'estomac

Etude clinique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1930.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis ROUSSELIN

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 18 Janvier 1902 à RECLESNE (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COIJET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. RAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, *président* ; LAROYENNE, *assesseur* ;
J. MARTIN et POLLOSSON, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de reconnaissance pour tout ce que je lui dois.

A MES FRÈRES JEAN, PAUL, ROMAIN ET LÉON

A MES SŒURS MARIE ET JEANNE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous avons eu l'honneur d'être son interne; nous avons pu profiter de son clair enseignement clinique et apprécier sa haute conscience et sa maîtrise chirurgicale.

En témoignage de vive reconnaissance pour tout ce que nous lui devons et pour la bonté qu'il nous a témoignée au cours de l'élaboration de cette thèse.

En hommage de sincère et respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

Nous le remercions vivement de la bienveillante sympathie qu'il nous a si souvent témoignée. Nous avons apprécié pendant un semestre d'Internat sa grande bonté envers les malades.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner ici toute notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-F. MARTIN

Il nous fait le grand honneur d'être notre juge et a bien voulu s'intéresser à notre travail en nous faisant profiter de ses nombreuses connaissances de l'Anatomie Pathologique.

Qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. POLLOSSON

Nous le remercions vivement des nombreuses marques de sympathie qu'il nous a toujours témoignées. Nous sommes heureux de le compter parmi nos juges.

Nous lui en sommes profondément reconnaissant et nous le prions d'accepter l'hommage de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous avons eu l'honneur d'être son élève et avons pu profiter de son enseignement pendant notre Internat. Il nous a aimablement transmis une observation.

Nous le prions de croire à nos sentiments de respectueuse et profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a fait l'honneur de nous accepter parmi ses élèves et nous avons pu apprécier ses qualités d'enseignement dans sa conférence et dans son service.

Qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements et l'assurance de notre grande reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX ET A LA FACULTÉ

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERARD

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER

MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

Laboratoire d'Anatomie

MONSIEUR LE PROFESSEUR LATARJET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GABRIELLE

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLOIS

Laboratoire de Médecine Opératoire

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

A PROPOS des MÉTASTASES OVARIENNES
des CANCERS de l'ESTOMAC
Etude Clinique

Introduction

La notion du cancer de l'ovaire secondaire à un autre cancer du tube digestif, en particulier de l'estomac, semble bien établie cliniquement aujourd'hui. Les observations en sont très nombreuses actuellement, l'attention des Médecins et des Chirurgiens surtout étant dirigée de ce côté. Certains points semblent bien établis, mais un certain nombre de faits restent inexpliqués.

Dans la littérature médicale, les termes de tumeur ovarienne métastatique à un cancer gastrique et de tumeur de Krukenberg sont équivalents ou synonymes. On parle aussi de vrais Krukenberg et de faux Krukenberg, ce qui risque encore de créer de la confusion. Nous verrons que la tumeur de Krukenberg de l'ovaire telle que l'a décrite cet auteur n'est qu'une variété des métastases ovariennes des cancers digestifs; et qu'à côté de ce type anatomique, d'autres tumeurs de l'ovaire, en particulier des kystes peuvent être métastatiques et le terme de syndrome de Krukenberg qui

peut leur être appliqué indiquera leur nature secondaire.

L'histologie retrouve dans ces tumeurs secondaires de l'ovaire deux aspects assez différents et ce n'est pas dans ces cas que l'on doit parler de vrai ou de faux Krukenberg. Ce dernier terme doit cependant être maintenu cliniquement en présence d'une tumeur primitive généralisée au péritoine ou à d'autres organes et ayant pu faire penser à un cancer gastrique qui n'existe pas.

Au cours d'un semestre d'Internat, vécu dans le service de M. le Professeur Tixier, nous avons pu observer de près deux cas de tumeurs secondaires de l'ovaire. Nous les rapportons ainsi que d'autres observations nouvelles et nous essaierons, au cours de ce travail, de dégager les notions essentielles de la maladie de Krukenberg.

Nous remercions d'abord tous ceux qui ont bien voulu nous aider dans l'élaboration de notre thèse. En premier lieu, M. le Professeur Agrégé Eugène Pollosson, chef de Laboratoire de la Clinique, qui a pratiqué la plupart des examens histologiques, et le Docteur Pierre Bertrand, chef de Clinique, qui a mis à notre disposition un certain nombre de documents. Nous sommes heureux également de témoigner notre reconnaissance à M. le Professeur Agrégé J.-F. Martin, qui a bien voulu nous faire profiter de ses connaissances anatomo-pathologiques particulières de cette question.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le cancer de l'ovaire, coexistant avec un autre cancer du tube digestif, a été surtout bien étudié dans ces dernières années. Avant 1900 ce fait était bien signalé dans quelques Traités de Gynécologie ou de Médecine, mais était considéré comme une rareté ou une coïncidence. Les travaux de Krukenberg en 1896 ont un gros retentissement et c'est à leur suite qu'on admet la possibilité de métastases ovariennes provenant d'un cancer primitif de l'estomac.

Krukenberg a eu des précurseurs. Dittrich (1848) rapporte un cas de squirrhe des ovaires formant de volumineuses tumeurs et « combiné » avec un cancer de l'estomac. Rokitanski, en 1861, pense que le cancer de l'ovaire est le plus souvent primitif mais qu'il peut se voir en même temps qu'un cancer d'autres organes, par exemple de l'estomac et de l'intestin. Dans son Traité des Tumeurs, publié en 1864, Virchow émet la même opinion et ajoute même « il est alors plus tard

impossible de reconnaître quel organe a été le point de départ primitif de l'affection ». A la même époque, Cruveilhier rapporte, lui aussi, un cas de tumeur de l'ovaire et de l'estomac et, intrigué par le volume des tumeurs ovariennes, se demande si les « ovaires ne seraient pas le point de départ de cette dégénération gastrique ». Brinton, en 1867, dans son *Traité des Maladies de l'Estomac*, signale les métastases ovariennes 6 fois pour 431 cancers de l'estomac. Léopold, en 1874, note plusieurs fois la coexistence de tumeurs solides de l'ovaire avec des cancers digestifs et, en se basant sur l'évolution clinique, admet que la tumeur primitive est celle qui donne les symptômes de début.

D'autres observations sont encore publiées par Waldeyer (1867), Conheim (1877), Léopold (1874), Ozenne (1880), Polaillon (1881) et Eulenburg (1886).

Poupinel, en 1885, étudiant l'évolution des kystes mucoïdes (?) de l'ovaire, note les généralisations suivantes : sur 121 cas examinés, 6 fois à l'estomac, 5 fois au rectum, 1 fois au gros intestin et 7 fois au foie.

Schrader, Scholz, Heinrichs, Rathert, rapportent encore des cas de métastases ovariennes dans la généralisation des cancers gastriques. Mais ce sont surtout Bode et Bücher qui, en 1894 et 1895, attirent vraiment l'attention sur la coexistence fréquente des tumeurs ovariennes et gastriques. Bücher dit nettement que « les cancers bilatéraux des ovaires sont le plus souvent secondaires... et surtout à un cancer de l'estomac ».

En 1896, Frédérick Krukenberg publie un travail

très important, basé sur cinq observations de tumeurs doubles des ovaires, ayant des caractères tout particuliers : grosses masses solides conservant la forme de l'ovaire, blanchâtres, lisses ou parsemées de petits kystes. Au point de vue histologique, elles sont nettement individualisées, elles sont formées de grosses cellules vacuolaires disséminées entre les minces fibrilles conjonctives du stroma. Le corps cellulaire, très distendu, est clair, transparent et possède les réactions du mucus; le noyau est le plus souvent refoulé sur le côté et se trouve situé comme le chaton d'une bague (cellules en bague). L'examen histologique des autres organes : trompe, ganglions, nodules péritonéaux fait rencontrer les mêmes cellules et, pour Krukenberg « les constatations histologiques faites au niveau des autres organes ont un caractère si nettement épithélial qu'il semblerait juste de parler de carcinome fibreux de l'ovaire; mais l'examen de la tumeur primitive ovarienne ne conduit nulle part à la découverte d'éléments épithéliaux ayant pu servir de point de départ au développement de cette tumeur.

En effet, ces éléments épithéliaux de l'ovaire, lorsqu'ils se trouvent sur nos coupes sont dépourvus de toute anomalie. Du reste, malgré leur aspect franchement épithélial, ces cellules semblent bien appartenir au stroma même dans lequel elles sont enchâssées; c'est pourquoi j'appellerai ces tumeurs fibro-sarcomamuco-cellulaires « carcinomatodes ». Ainsi la nature secondaire de ces tumeurs n'est même pas discutée par Krukenberg.

En France, quelques présentations faites par Bret et

Paviot dans la Revue de Médecine (1894), par Lévi et Claude (1895), Ozenne, Griffon, Leven, Lecornu, Lannelongue (1898), Picqué (1899), à la Société Anatomique ou la Société de Chirurgie de Paris, ne donnent pas lieu à d'importantes discussions. Pozzi déclare qu'il y a souvent coïncidence entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne chez le même sujet. En 1901, Quenu, à propos d'une observation de Le Dentu, se demande si l'une des tumeurs est secondaire ou s'il y a deux tumeurs malignes qui se sont succédées. Souligoux et Deschamps pensent « qu'il faille admettre que la tumeur gastrique primitive s'est généralisée secondairement au péritoine puis à l'ovaire ».

En même temps, en 1901, Krause apporte cinq observations personnelles et affirme l'origine métastatique de la tumeur ovarienne décrite par Krukenberg. Ces tumeurs sont des carcinomes et sont souvent secondaires à des carcinomes digestifs. La pathogénie de cette affection l'intéresse, l'envahissement se faisant par la surface de l'ovaire et tenant à la constitution histologique même de l'organe, expliquant par là la limitation des autres métastases. Des preuves expérimentales reprises ensuite par Polano viennent montrer la pénétration par la surface de l'organe de substances introduites dans la cavité péritonéale. Krause admet ainsi que la généralisation à l'ovaire se fait par voie péritonéale et en a même pu suivre les étapes sur certaines pièces.

En 1902, Schlagenhauser fait faire un nouveau pas à cette question. De l'examen de 72 observations d'épithéliomas digestifs et ovariens il conclut que les tu-

meurs doubles solides des ovaires sont plus souvent des carcinomes que des sarcomes et qu'elles sont métastatiques. La tumeur primitive est le plus souvent digestive et en présence d'une double tumeur solide des ovaires avec ascite, l'examen attentif du tube digestif s'impose.

Ensuite vont paraître, en Allemagne surtout, d'importantes publications et cette question est discutée au Congrès de Kiel, en 1905, par Amann, Fromme, Haufmayer. En 1909, Schenk et Sitzenfrey font une importante communication. La plupart des auteurs partagent les idées de Krause et Schlagenhauer.

Des opinions contraires vont également apparaître. Schmorl et Pfannenstiel, tout en reconnaissant que la tumeur ovarienne est métastatique, admettent que l'envahissement se fait par voie lymphatique rétrograde. Sternberg (1907) et Bischer (1908) n'admettent plus l'origine métastatique de la tumeur de Krukenberg. Outerbridge (1911), en Amérique, soutient également cette thèse.

En France, et à Lyon en particulier, paraissent une série de travaux : la thèse de Leriche qui rapporte 14 récidives dans les ovaires ou le Douglas après résection gastrique, le mémoire de Goullioud (1907), les observations de Pollosson (1907), Laroyenne et Bosquette (1908), Tixier (1909) et la thèse de Flaissier où la question de tumeur isolée ou de métastase n'est pas tranchée.

En 1910, Walther et Hartmann apportent deux observations complètes et la question des tumeurs de Krukenberg est discutée au XI^e Congrès de Gynécolo-

gie, Obstétrique et Pédiatrie de Toulouse au mois de septembre dans le rapport de Mériel.

Lenormand publie, en 1910, le premier travail d'ensemble sur cette question en France et, en 1911, Metzger apporte aussi un très gros travail dans sa thèse où il réunit 283 cas de cancers de l'ovaire accompagnés 219 fois de cancers du tube digestif. La thèse de Bardy, en 1913, reprend cette question et aboutit aux mêmes conclusions cliniques et thérapeutiques, en étudiant spécialement les métastases pelviennes des cancers de l'estomac.

A l'étranger les travaux se multiplient également. Citons, en Allemagne, les noms de Frankenthal, Frankl, Lessing, Rau, Rotter, Thies, Turolt, Neumann, Kovaczs, Kussuda; en Italie, Bastianelli, Cantoni, Mas-saza, Monmigliano, Sacerdote. Parmi les auteurs anglais ou américains nous trouvons, en dehors des travaux anciens de Bland Sutton, en 1908, les travaux de Marchand (1910), Foulkbold, Stone (1916), Major (1918), Chapmann (1920), Reel (1921), Gordon (1924), Malle (1925), Schaw (1926), et Roy-Fallas en 1929.

En France, d'autres observations furent publiées par Perrin et Villard (1910), Viannay (1911), Mériel (1913), Tourneux et Villemer (1914), Bouchut et Morénas (1923), Tédénat (1923), Creyssel et Martin (1926), Con-damin (1927), Lapointe (1927), Tapie (1927), Duroselle (1927), Lutaud (1927), Leroux-Guérin (1929), Mourre (1928). Enfin, nous n'aurions garde de passer sous silence la très belle thèse de Mlle Paulette Gauthier-Villars parue en 1927, et qui met au point l'anatomie pathologique des tumeurs de Krukenberg.

Depuis les travaux de Metzger et de Bardy la plupart des auteurs acceptent la nature métastatique de ces tumeurs ovariennes et les discussions portent seulement sur la pathogénie. Tout le monde est loin d'être d'accord d'ailleurs et un article récent de Babés et Mme Pantz-Lazarescu vient remettre en question l'origine de la tumeur Krukenberg de l'ovaire.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

Observation Tixier, in *Lyon Médical*, 1909, p. 502
(complétée)

Gastrectomie datant de deux ans et demi. Apparition chez la malade d'un cancer bilatéral des ovaires et d'un cancer du sein. Castration totale et amputation du sein; guérison opératoire. Mort au bout de six mois.

Rip... Augustine, 33 ans, est envoyée à l'Hôtel-Dieu par le docteur Fayard, du Péage-de-Roussillon, en raison des troubles gastriques qu'elle présente.

Cette malade souffre de l'estomac depuis neuf ans. Au début les digestions sont lentes et pénibles, puis des douleurs post-prandiales apparaissent. Les phénomènes douloureux deviennent progressivement plus

aigus et il existe un point douloureux interscapulaire très marqué.

Les vomissements ont apparu depuis trois ans, d'abord très irréguliers et très espacés, se produisant longtemps après le repas du soir, au début de la nuit. Ces vomissements deviennent ensuite quotidiens et avant l'entrée à l'hôpital, l'estomac ne tolère plus d'aliments solides. La malade soumise au régime lacté et aux alcalins continue à souffrir. Les vomissements continuent, ils sont noirs maintenant, ainsi que les matières fécales, et se produisent matin et soir. L'état général décline rapidement, perte des forces et amaigrissement de plusieurs kilogs.

A l'entrée, le 23 mars 1906, on note à l'épigastre, des ondes péristaltiques très nettes, régulières, allant de gauche à droite et dessinant le contour de l'estomac qui descend au-dessous de l'ombilic.

A la palpation on constate une tumeur très nette située un peu à droite de la ligne médiane, dans la région pylorique.

En raison des hématoméses abondantes présentées par la malade, une *intervention* est rapidement pratiquée le 24 mars 1906, par le *Professeur Tixier*.

Laparotomie sus-ombilicale médiane. On trouve un estomac énorme presque vertical avec une grosse masse néoplasique dans la région prépylorique, donnant à l'estomac une forme biloculaire. La gastrectomie qui semble indiquée dans ce cas ne pouvant se pratiquer en raison des hématoméses et de l'état général de la malade, on fait une entéro-anastomose

postérieure transmésocolique à la suture, anastomose large et éloignée de la tumeur.

Les suites opératoires sont très simples; on n'observe plus ni hématémèses ni mœlenas et rapidement l'alimentation est reprise. Au bout d'un mois la malade a repris cinq kilogs.

Le 27 avril 1906, un mois et quelques jours après la première intervention : Nouvelle laparatomie, passant au niveau de la cicatrice. On passe difficilement la branche d'un clamp, en arrière de l'estomac en raison des adhérences; mêmes difficultés du côté duodénal. Résection de l'estomac entre la bouche de gastro et le duodénum, enlevant largement la tumeur et les ganglions sous-pyloriques envahis. Suture des tranches stomacale et duodénale. Fermeture de la paroi à deux plans sur un petit drain.

Suites opératoires excellentes. La malade rentre chez elle le 15 mai dans un état très satisfaisant.

Pendant deux ans et huit mois, cette malade va parfaitement bien. Le docteur Fayard qui la voit fréquemment ne cesse de constater son excellent état de santé.

Nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu en décembre 1908. La malade a remarqué il y a six mois environ une petite grosseur non douloureuse au niveau du sein droit.

Depuis quelque temps elle a eu des vomissements bilieux. Tout cela inquiète peu la malade; les troubles qui la font entrer de nouveau sont tout récents et datent de trois semaines seulement : ce sont de vives douleurs se produisant sans horaire fixe, le jour ou

la nuit et occupant toute la partie inférieure de l'abdomen, la malade les compare aux douleurs de la parturition. Cette femme est toujours bien réglée, très normalement comme date, durée et quantité.

A l'examen, assez bon état général.

Au niveau du sein droit on trouve, signalée par la malade, une petite masse dure, noueuse, sans limites précises. Pas de ganglions perçus dans l'aisselle.

A la partie inférieure de l'abdomen, on perçoit une tumeur qui semble allongée transversalement et irrégulière.

Le toucher vaginal combiné au palper révèle deux grosses masses latérales droite et gauche, lobulées, situées de chaque côté de l'utérus, du volume de deux gros poings d'adulte, tumeurs absolument mobiles et extirpables. M. le Professeur Tixier porte le diagnostic de cancer bilatéral des ovaires, réalisant le type bien connu en Allemagne sous le nom de tumeurs de Krukenberg.

L'examen clinique complet ne révèle rien d'anormal, ni aux poumons, ni au cœur, ni au foie, ni à la colonne vertébrale. Urines : ni sucre ni albumine.

Intervention le 23 décembre 1908 (Prof. Tixier).

1° Incision de Pfannenstiël. Les ovaires sont représentés par deux masses bosselées, absolument symétriques, du volume de deux poings environ. Ces deux tumeurs sont mobiles et facilement luxées au dehors. Hystérectomie subtotale. Suture hémostatique du moignon utérin et péritonisation. Fermeture totale de la paroi.

Examen de la pièce : Cancer bilatéral de l'ovaire

sans aucun envahissement des trompes ni de l'utérus.

2° Incision sous-mammaire droite et amputation cunéiforme du sein enlevant ainsi la petite tumeur douteuse dont le tissu crie sous le bistouri.

Un mois après cette intervention, la malade est guérie opératoirement et rentre chez elle.

Son état est excellent jusqu'en mai 1909, c'est-à-dire pendant cinq mois. Fin mai, des vomissements apparaissent quelquefois noirs, mais le plus souvent bilieux. Aucun aliment n'est toléré. La malade souffre beaucoup du ventre, surtout dans le flanc droit, mais également au niveau du petit bassin et des reins. Ecoulement vaginal muco-purulent très fétide. Un peu de température, 38°-38°5 le soir.

L'abdomen est très ballonné et il est impossible de faire un examen sérieux en raison des douleurs provoquées. La palpation révèle une douleur vive surtout dans le flanc droit et à l'hypogastre.

Le noyau du sein droit n'a pas augmenté de volume.

Mort le 13 juin 1909.

L'examen histologique des pièces enlevées a été pratiqué par M. Paviot.

La *tumeur gastrique* (1906) présente une ulcération de la muqueuse, avec infiltration diffuse de la sous-muqueuse et de la musculature, par des éléments atypiques, forme rappelant la limite plastique. En certains endroits, les cellules constituent des amas au milieu desquels on trouve de véritables tubes tapissés d'une assise de cellules cubiques. Donc néoplasme gastrique certain.

Dans l'ovaire, la tumeur se constitue uniquement

par de grosses cellules rondes, claires, d'aspect hyalin, ne prenant pas de coloration et dont le noyau est rejeté dans un coin de la cellule, bien différentes des cellules de la tumeur gastrique. Elles rappellent absolument le type d'épithélioma primitif de l'ovaire à cellules claires.

Quant au noyau du *sein*, on y retrouve des cellules claires, hyalines, de grandes dimensions, et il doit être considéré comme une métastase de la tumeur ovarienne.

En somme : cancer de l'estomac à forme de limite plastique, cancer de l'ovaire à cellules claires, métastase de la tumeur de l'ovaire dans le sein.

OBSERVATION II

Gastrectomie pour cancer juxta-pylorique. Seize mois après, apparition de tumeurs bilatérales des ovaires avec généralisation épiploïque et ascite. Pas d'intervention.

Da... Marie, 38 ans, a été opérée en janvier 1913 par M. le Professeur Jaboulay, qui pratique une gastrectomie pour cancer juxtapylorique. Les suites opératoires sont excellentes et pendant seize mois cette malade va tout à fait bien.

En mai 1914 elle se met à souffrir du ventre. Il s'agit de douleurs sourdes, siégeant principalement dans le bas-ventre. En même temps l'abdomen se met

à grossir et l'état général est très vite altéré : l'appétit est déficient et rapidement la malade doit s'aliter.

Elle entre salle Ste-Anne en juin 1914, trois semaines après le début des accidents ci-dessus signalés. On est en présence d'une malade anémiée, amaigrie. Elle est encore réglée régulièrement, mais peu abondamment.

L'examen montre un abdomen augmenté de volume et distendu par de l'ascite. La palpation permet de reconnaître dans la région sus-ombilicale quelques noyaux durs dus sans doute à une généralisation épiploïque et dans chaque hypocondre une tumeur dure ballottant dans l'ascite. Au toucher col utérin *petit, dur, fermé*; fond utérin mal délimité en raison de l'ascite. Par le palper combiné au toucher les tumeurs des fosses iliaques semblent appartenir aux ovaires, les mouvements qui leur sont imprimés ne se transmettent pas au col utérin.

En présence des gâteaux épiploïques on hésite à intervenir et la malade est emmenée par sa famille à l'hôpital de Roanne. Il s'agit certainement de tumeurs bilatérales des ovaires, consécutives au cancer de l'estomac.

Nous n'avons pu recueillir de renseignements sur cette malade après sa sortie de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION III

Tumeurs de Krukenberg typiques. Troubles gastro-intestinaux. Cancer de la grande courbure de l'estomac. Laparotomie exploratrice.

Ren... Graff..., 54 ans, est envoyée salle Ste-Anne par M. le Docteur Cade.

Antécédents héréditaires : rien à retenir.

Antécédents personnels : bonne santé dans sa jeunesse. Mari bien portant. Une fille en bonne santé. Pas d'autre grossesse. Réglée régulièrement de douze ans à cinquante-deux ans.

Le début de l'affection actuelle remonte à dix-huit mois environ et a été marqué par l'apparition de vagues douleurs dans la fosse iliaque gauche et dans la région mammaire du même côté (elle a été opérée d'un adénome du sein, il y a vingt-six ans). Il y a un mois et demi, elle constate, elle-même, la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche et son médecin lui conseille d'entrer à l'Hôtel-Dieu. Depuis deux mois, elle a présenté quelques pertes rouges, peu abondantes d'ailleurs, mais à deux ou trois reprises. A noter aussi quelques troubles gastro-intestinaux, surtout de l'anorexie, quelques vomissements glaireux et une constipation opiniâtre.

Au toucher vaginal (Docteur Bonnet) le dôme vaginal aboutit partout à un plafond dur au milieu duquel le col normal représenterait la rosace. En arrière du col, une masse bourgeonnante encore sous-muqueuse, bombe dans le cul-de-sac postérieur et on a l'impression qu'on va l'effriter; partout dans le cul-de-sac, on perçoit des masses bosselées. Le fond utérin semble être situé en avant et un peu à droite; on perçoit à côté de lui une sensation de flot très nette et une énorme masse, végétante, dure, bosselée, encore mobile, qui occupe la fosse iliaque gauche.

Elle est du volume d'un gros poing, antérieure, tandis qu'une autre masse droite plus volumineuse semble occuper le Douglas. Le diagnostic est tumeur bilatérale des ovaires avec très probablement localisations gastrique ou intestinale.

Intervention le 20 juillet 1927 (D^r Bonnet) : Anesthésie générale à l'éther. Tumeurs bilatérales des ovaires, type Krukenberg typique, avec en plus, utérus paraissant bourré de noyaux malins. La main glissée dans le ventre perçoit un épiploon nodulaire. Malgré cela, comme il est impossible de faire un pronostic de tumeur de l'ovaire, on se décide quand même à pratiquer une castration totale avec hystérectomie totale. En avant, sur le péritoine vésico-utérin, petits nodules de généralisation qui sont enlevés avec le péritoine.

D'autre part, au moment de la section des ligaments utéro-sacrés, on constate une infiltration dure, ligneuse de ces ligaments, très probablement déjà néoplasiques. Drainage sous-péritonéal et péritonisation à l'ordinaire. A la fin de l'opération, on explore le côlon descendant et on constate en plusieurs points de petits noyaux, exactement à la base de franges épiploïques, petits noyaux de généralisation franchement néoplasiques. On trouve aussi des noyaux dans le grand épiploon et un noyau volumineux au niveau de la grande courbure.

Guérison opératoire. Nous manquons de renseignements sur les suites opératoires plus éloignées.

OBSERVATION IV

Hystérectomie totale pour tumeur bilatérale de l'ovaire. Cinq ans après, cancer prépylorique de l'estomac. Gastro-entérostomie.

Raf... Marie, 59 ans, entre salle Sainte-Anne, le 20 mars 1923, pour faiblesse générale.

Antécédents héréditaires : Père mort à 63 ans et mère à 48 ans, d'affections inconnues.

Antécédents collatéraux : Deux frères morts de broncho-pneumonie. Deux frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels : Pas de maladie dans l'enfance. Réglée à 14 ans, très normalement. Mariée, son mari est en excellente santé ; elle a quatre enfants vigoureux. Pas de fausse-couche. Ménopause à 48 ans, tout à fait normale.

En 1918, la malade souffre du bas-ventre ; elle avait remarqué que son abdomen avait augmenté de volume, depuis plusieurs années. L'apparition des douleurs la décide à une intervention qui est pratiquée à la Charité, par M. le Professeur Tixier, dans le service de M. le Professeur Pollosson : Hystérectomie totale pour tumeur bilatérale des ovaires. (Nous manquons de précisions sur la nature de ces tumeurs et l'examen histologique n'a pas été retrouvé. Le caractère de malignité est fortement suspecté étant donnée l'hystérectomie totale qui fut pratiquée.)

La malade quitte la Charité trois semaines après

son opération. Elle rentre chez elle complètement rétablie. Les forces reviennent rapidement et elle reprend son travail comme auparavant.

Le début de l'affection actuelle remonte à six mois environ et s'est manifesté par de mauvaises digestions et un affaiblissement progressif. L'anorexie s'établit peu à peu, elle est assez marquée pour les graisses et les viandes. Les digestions sont pénibles et quelques vomissements se produisent de temps à autre.

A l'entrée, malade amaigrie, jaunâtre. L'abdomen n'est pas augmenté de volume et la palpation de la région épigastrique montre la présence d'une tumeur, encore mobile, siégeant sur la ligne médiane, un peu sensible à la pression.

Urines : Ni sucre, ni albumine.

Intervention le 23 mars 1923 (Prof. Tixier, D^{rs} Bonnet, Mallet-Guy) : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. A l'ouverture du ventre on trouve développée sur la face antérieure de l'antrum prépylorique, une tumeur du volume d'une mandarine, à surface séreuse. Pas de généralisation sur le péritoine pariétal, ni sur l'intestin grêle. Le grand épiploon descend comme un tablier jusque dans le pelvis; il adhère soit à la plaie de laparotomie antérieure, soit aux ligatures des tumeurs ovariennes.

La tumeur serait extirpable, malheureusement l'état général est trop mauvais. Après décollement pénible de l'épiploon, on arrive sur la face postérieure de l'estomac et on pratique un Von Acker à la suture.

La malade quitte le service un mois après et est perdue de vue.

OBSERVATION V

Tumeurs majestueuses des ovaires avec noyaux métastatiques du Douglas. Coexistence d'un cancer de l'estomac. Pleurésie droite. Absence d'intervention.

Mme Gri... Marie, âgée de 59 ans, entre le 11 mai 1925, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Savy, pour des phénomènes douloureux abdominaux.

Antécédents héréditaires : Rien à retenir.

Antécédents collatéraux : Trois frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : Pas de maladie dans l'enfance.

Fut soignée pour anémie (?) pendant quelques mois à l'âge de 22 ans. Elle se marie à 37 ans, n'a pas d'enfant ni de fausse-couche. Sa ménopause a lieu à 45 ans et aucune perte ne s'est produite depuis.

L'affection actuelle semble avoir débuté au mois de février 1925. La malade ressent un jour une violente douleur dans la fosse iliaque droite, qui persiste quelques heures. Elle continue ses occupations mais perd progressivement l'appétit. Depuis cette époque également le ventre augmente de volume et la constipation s'installe de plus en plus marquée. L'amaigrissement se produit rapidement ; la malade ne

souffre pas de l'estomac, n'a pas de vomissements ni de mœlenas.

A l'entrée, malade présentant un mauvais état général et les signes que nous rapportons plus haut.

L'abdomen est augmenté de volume, douloureux à la palpation dans la fosse iliaque droite et présentant une matité péri et sous-ombilicale.

L'examen pulmonaire révèle un double épanchement pleural : à droite, souffle expiratoire au niveau de la pointe de l'omoplate ; à gauche, épanchement moins abondant. L'examen histologique de cet épanchement montre de nombreux globules rouges et un grand nombre de lymphocytes, huit à dix par champ, pas de cellules endothéliales.

La malade est envoyée pour examen dans le service de M. le Professeur Tixier, qui constate l'existence de tumeurs bilatérales des ovaires, la tumeur droite étant la plus volumineuse et remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic ; elle est mamelonnée et de consistance dure. L'utérus est tout petit et refoulé contre la symphyse pubienne ; le col est atrophié et *dur*. Il existe en outre de petits nodules dans le Douglas, infiltrant la cloison vagino-rectale. La palpation de la région épigastrique permet de sentir un peu à droite de la ligne médiane une tumeur peu volumineuse, non douloureuse, encore mobilisable, nettement séparée des tumeurs inférieures et qui ne semble pas devoir être rattachée au foie, dont le bord inférieur n'est pas senti.

Le diagnostic porté est celui de syndrome de Kru-

kenberg, mais étant donné le double épanchement pleural, aucune intervention n'est praticable.

Le 22 mai, brusquement, la malade présente une hémiplégie complète du côté droit, flasque, avec troubles sphintériens.

Devant cet ensemble de symptômes, la malade est emmenée chez elle par sa famille.

OBSERVATION VI

Tumeurs des deux ovaires avec généralisations abdominales. Ascite. Absence de troubles digestifs. Laparotomie exploratrice.

Cha... Marie, 54 ans, entre Salle Saint-Anne, au début de mai 1927, pour ascite.

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à retenir.

Antécédents personnels : érysipèle de la face et fièvre typhoïde à 30 ans. Réglée à l'âge de 13 ans, toujours très régulièrement jusqu'à 50 ans. Les règles ont toujours été douloureuses. Mariée à 24 ans, elle eut la première année de son mariage une fausse-couche de quatre mois ; pas d'autre grossesse.

L'affection actuelle semble avoir débuté, il y a deux mois environ, par une augmentation progressive du volume de l'abdomen, à laquelle se sont ajoutées quelques douleurs pelviennes et de la dyspnée.

A l'examen : malade amaigrie, cyanosée et dyspnéique. Abdomen considérablement distendu avec cir-

culation veineuse collatérale ; matité très étendue, remontant bien au-dessus de l'ombilic. Flot abdominal. Foie et rate non perçus.

Au toucher vaginal (Prof. Tixier), on sent dans le Douglas, en dehors du flot, une masse excessivement vague, donnant des doutes sur une tumeur ovarienne, mais impossible à préciser en raison de l'ascite.

Le 9 mai 1927. Ponction d'ascite (D^r Pollosson). On retire neuf litres de liquide un peu foncé, trouble, non sanglant, mais d'aspect hémorragique.

L'examen de ce liquide après centrifugation montre beaucoup de globules rouges, de nombreux lymphocytes et quelques placards épithéliaux de desquamation. La réaction de Wassermann est négative.

Après la ponction d'ascite, on perçoit dans l'étagé sus-ombilical une masse volumineuse, dure, mobile. Il s'agit peut-être d'un cancer de l'estomac ou du côlon transverse. Au toucher vaginal, on note dans le Douglas la présence d'une petite tumeur qui peut être soit une tumeur ovarienne, soit une greffe péritonéale.

Le 10 juin, l'ascite s'est reproduite, aussi abondante. La malade accuse toujours peu de troubles : légère anorexie, pas de vomissements. La température est sub-fébrile.

Intervention le 27 juin 1927 (Prof. Tixier, de Rougemont, Montel) : Rachianesthésie. Laparotomie sous-ombilicale médiane. A l'ouverture du ventre, il s'écoule une grosse quantité de liquide remarquablement clair et citrin. On découvre alors : 1° quantité de taches de bougie sur tout l'intestin ; 2° une masse dure, lisse, en placard, semblant enrober le côlon

transverse ; 3° de grosses masses ganglionnaires dans le mésentère ; 4° enfin, cachées sous un voile d'adhérences, deux tumeurs de l'ovaire, bleutées, hydriques, adhérentes au pelvis, inextirpables, surtout en raison des taches de bougie et des ganglions mésentériques. Il s'agit donc d'une tumeur de l'ovaire avec ses généralisations habituelles abdominales et ascite symptomatique.

Guérison opératoire. La malade rentre chez elle, l'ascite en voie de renouvellement.

OBSERVATION VII

Cancer de la petite courbure de l'estomac. Gastro-entérostomie. Quatre mois après, apparition de tumeurs des ovaires avec ascite. Ovariectomie bilatérale.

Bern..., née Dey..., 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en août 1929, pour une affection gastrique.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : mariée. A eu sept grossesses normales. Cinq enfants en bonne santé ; deux morts accidentellement. Pas de fausse-couche. Est réglée normalement.

Le début de l'affection actuelle remonte à une dizaine d'années et fut marquée par l'apparition de troubles digestifs pour lesquels cette malade suivit, un certain temps, les consultations gratuites de l'Hôtel-Dieu. Ces troubles consistent en phénomènes dou-

loureux siégeant à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, apparaissant trois heures après les repas, régulièrement l'après-midi et au début de la nuit, calmées par l'ingestion d'aliments ou mieux de bicarbonate de soude. Ces périodes douloureuses persistent plusieurs semaines et alternent avec des périodes de calme relatif ou même complet.

Depuis huit mois, les douleurs deviennent continues, gardant le même caractère, étant même plus violentes.

Puis apparaissent des vomissements d'abord aqueux, puis alimentaires, de plus en plus abondants.

La malade aurait remarqué dernièrement, dans ces vomissements, des aliments ingérés deux ou trois jours auparavant, ainsi que l'apparition d'une grosse boule épigastrique qui s'affaisse quand elle a vomi.

Enfin apparition d'hématémèses répétées et assez abondantes, accompagnées de mœlenas.

A l'examen, on se trouve en présence d'une malade amaigrie (8 à 10 kilogs), asthénique, présentant un mauvais état général et sub-fébrile (température à 38°).

L'abdomen est plat, non ballonné. Clapotage épigastrique à jeûn. La palpation révèle un point douloureux épigastrique et la présence, à gauche de la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic, d'une tumeur du volume d'un œuf à contours assez nets, mobile et sensible à la pression.

Après l'ingestion alimentaire, présence d'ondes péristaltiques.

Examen pulmonaire et cardiaque négatif.

Urines : ni sucre, ni albumine.

16 août 1929. *Intervention* (D^{rs} Pollosson et Bruyère) : Sous anesthésie générale, kélène, éther, laparotomie sus-ombilicale médiane. On découvre un énorme néoplasme de la *petite courbure*, remontant très haut du côté du cardia et s'étendant jusqu'au pylore. Envahissement des ganglions de la petite et de la grande courbure. Pas d'ascite, ni d'envahissement hépatique.

On pratique une G. E. A. P. T. M. à la suture et prélève deux ganglions pour examen histo-pathologique.

L'examen histologique (D^r Pollosson) montre qu'il s'agit de ganglions inflammatoires purs, sans aucun signe de malignité.

Les suites immédiates sont troublées par l'évolution d'un abcès de la cuisse consécutif à une injection d'huile camphrée.

La malade rentre chez elle au bout de trois semaines. Les troubles digestifs sont nettement améliorés, ni douleurs, ni vomissements. Mais l'état général reste précaire.

Nouveau séjour le 17 février 1930 : La malade ne se plaint pas de l'estomac ; elle a pu s'alimenter et reprendre des forces à la suite de sa première intervention. Mais depuis trois mois elle souffre dans la région lombaire et à la partie inférieure de l'abdomen. Depuis un mois et demi, ses règles sont apparues trois fois et même ont été douloureuses. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal fait percevoir en arrière du col une infiltration dure qui s'étend en arrière de l'isthme et déborde très largement à droite. Le toucher est très douloureux.

La cicatrice abdominale est souple et la palpation de la région épigastrique ne révèle rien d'anormal.

L'état général est mauvais et la malade est laissée au repos.

Quelques jours après son entrée, la malade fait une poussée thermique à 40°, accompagnée d'herpès labial le lendemain, puis la température oscille entre 38° et 39°. En même temps la malade se plaint d'un point douloureux très accentué de l'hypocondre droit avec irradiation dans le domaine des adducteurs de la cuisse. On se demande même s'il ne s'agirait pas d'une appendicite aiguë.

Le toucher, pratiqué à nouveau, montre les mêmes signes qu'à l'entrée et il ne semble pas qu'il puisse s'agir d'inflammation pure, mais probablement de carcinose pelvienne.

Les jours suivants, la température demeure élevée au-dessus de 38°5, et on assiste à l'apparition d'une ascite dont le volume augmente assez rapidement.

Le toucher fait percevoir deux masses pelviennes situées de chaque côté de l'utérus et qu'on rattache à une tumeur bilatérale des ovaires.

Une intervention est décidée, le mari étant prévenu de la gravité de la situation. *Intervention le 24 mars 1930* (Prof. Tixier, Carcassonne et Rousselin) : A. G., kélène, éther. Laparotomie médiane remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. Il s'écoule une grande quantité d'ascite claire hyaline.

1° Dans la région épigastrique, on note la présence d'une grosse tumeur qui infiltre l'estomac et l'épiploon, qui est adhérent au péritoine pariétal. Au-

cune intervention chirurgicale ne semble possible de ce côté.

2° On explore le petit bassin. De chaque côté de l'utérus, un peu augmenté de volume, mais de consistance et d'aspect normal, on aperçoit une tumeur développée aux dépens de l'ovaire. Tumeurs bleutées ayant l'apparence de kystes ovariens. Mais à la palpation, elles sont constituées par des poches kystiques à l'intérieur desquelles on perçoit des masses charnues très résistantes. Elles sont encore mobiles, sans graves adhérences. En raison des douleurs qu'elles provoquent chez cette malade et comme l'ascite semble bien avoir été en relation avec le développement des tumeurs ovariennes, on se décide, malgré l'illogisme apparent de l'opération, à enlever les tumeurs ovariennes.

Cette ablation se fait avec une facilité et une rapidité qui, une fois de plus, surprennent en pareil cas.

Fermeture totale de l'abdomen.

Examen des pièces : Les tumeurs sont franchement ovariennes. Les trompes sont indépendantes. Il existe sur leur surface séreuse une sorte de dépôt fibrineux, de réaction péritonéale. A la coupe, elles sont constituées par une sorte de tissu ressemblant à du thon frais, sans villosités vasculaires ; au-dessus, le revêtement séreux est continu et normal. Il n'existe pas de bourgeons papillomateux et le liquide n'est pas mucoïde.

Le 27 mars 1930 : les suites opératoires ont été troublées. La température est élevée ; la malade n'a pas fait ses gaz ; météorisme abdominal, accélération

du pouls, vomissements. Lavage d'estomac et injection intraveineuse de 10 cc. de sérum salé hypertonique. Deux heures après l'injection de sérum, la malade fait quelques gaz. Le soir même, elle va à la selle. Le météorisme a disparu et le pouls est à 100.

Depuis cet épisode, tout symptôme d'occlusion disparaît et la malade va régulièrement à la selle.

Le 11 avril 1930 : la cicatrisation de la plaie est terminée, mais l'ascite est de nouveau très abondante.

La malade souffre de l'estomac et des vomissements apparaissent. Elle rentre chez elle dans un état très précaire.

OBSERVATION VIII

Troubles gastriques assez marqués. Tumeur de l'ovaire. Laparotomie exploratrice. Généralisation à l'épiploon sans cancer gastrique.

Droc... Charlotte, 64 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Paviot, pour douleurs gastriques.

Antécédents héréditaires : Père mort à 61 ans d'un cancer de l'estomac. Mère morte de pneumonie.

Antécédents collatéraux : Deux sœurs mortes de tuberculose pulmonaire, à 27 et 57 ans. Deux frères morts, l'un de maladie de foie, à 55 ans ; l'autre, de pneumonie, à 46 ans.

Un frère et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels : Aucune maladie de l'en-

fance. Réglée tardivement à 18 ans, mais régulièrement jusqu'à 39 ans. Mariée, elle a eu deux enfants, dont l'un mort, à 3 ans, de rougeole, et l'autre, âgé de 36 ans, se porte bien.

La malade a été opérée à l'âge de 40 ans, à l'Hôtel-Dieu, de cataracte et porte des lunettes depuis ce temps.

L'affection actuelle remonte à deux ans environ. La malade a éprouvé des douleurs légères d'abord, plus marquées ensuite, siégeant au creux épigastrique, apparaissant un quart d'heure après les repas et ne persistant qu'une dizaine de minutes. Elles ne se produisaient qu'à intervalles assez espacés.

Depuis trois mois, ces douleurs gastriques sont plus violentes, soulagées par le décubitus latéral droit. La malade a faim. Mais la douleur provoquée par l'ingestion des aliments en réduit considérablement l'absorption.

Pas de dégoût pour les viandes, ni les graisses.

Selles régulières, peu abondantes, mais très noires.

Amaigrissement de 18 kilogs depuis deux ans.

Depuis quinze jours, un phénomène nouveau apparaît : ce sont des besoins fréquents et impérieux d'uriner. Les règles, qui ont disparu à l'âge de 39 ans, n'ont pas réapparu; ni ménorragie, ni métrorragie.

L'examen de l'abdomen révèle la présence d'une tumeur volumineuse siégeant au-dessous de l'ombilic (trois travers de doigt) et dont le pôle inférieur n'est pas senti; elle est marronnée, dure, et plus développée à gauche qu'à droite. Pas de matité dans les flancs. Au toucher vaginal, les mouvements imprimés à cette

tumeur hypogastrique ne sont pas transmis au col utérin.

Le 19 janvier 1930 : cette malade est examinée par M. le Professeur Tixier, qui discute les deux diagnostics suivants :

1° Syndrome de Krukenberg. Tumeur ovarienne et tumeur du fond de l'estomac. Les renseignements du toucher vaginal ne sont pas en faveur de cette hypothèse ;

2° Volumineux fibrome. Mais contre cette hypothèse existent l'absence de métrorragie, les phénomènes gastriques violents et l'amaigrissement marqué .

L'examen des urines montre une diurèse de un litre par 24 heures, et le dosage donne les chiffres suivants par 24 heures : urée, 6,9 0/00 ; chlorures, 8,75 0/00 ; sels ammoniacaux, 0,52 0/00 et phosphates, 8,75 0/00.

Acides biliaires. Pigments biliaires : néant.

Urines : ni sucre ni albumine.

Coefficient de Maillard : 12.

Urée sanguine : 0,24 0/00.

Radioscopie (D^r Lagèze) : lacune persistante de la grande courbure au niveau de la région prépylorique, qui ne se modifie pas pendant toute la durée de l'examen. Estomac pourtant assez mobile, haut placé, peu douloureux à la palpation en ses différents points.

On ne voit aucune contraction se dessiner sur la grande courbure, et cependant l'estomac se vide très rapidement.

Radiographie n° 2.330 : confirme les données de la radioscopie.

T. A. : 11/6,5.

La malade passe dans le service de M. le Professeur Tixier fin janvier 1930. Le diagnostic clinique est celui de tumeur maligne du pelvis, ovaire ou utérus, en évolution et coexistence d'une infiltration du grand épiploon probablement de même nature néoplasique.

Le 3 février 1930. Intervention (Prof. Tixier, D^r Bertrand et Carcassonne) : A. G., kélène, éther.

Laparotomie médiane remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic, permettant d'inspecter la région gastrique et le petit bassin. A l'ouverture du ventre, il s'écoule de l'ascite teintée en rouge, signe d'une généralisation péritonéale.

1° A l'examen du petit bassin, énorme tumeur bleutée de consistance inégale, ayant l'aspect d'un cancer de l'ovaire. Il est impossible de reconnaître l'utérus, car le petit bassin est bloqué ;

2° Exploration de l'étage sus-ombilical. Le grand épiploon en son milieu est infiltré, mais très partiellement au niveau du côlon transverse où il existe une infiltration du méso et du ligament gastro-côlique, qui tire sur la grande courbure de l'estomac — ce qui explique parfaitement l'encoche vue à la radioscopie. En relevant le côlon transverse, on aperçoit au-dessous des bourgeons et des taches de bougie caractéristiques.

Dans ces conditions, la laparotomie reste exploratrice. Il s'agit donc d'un cancer de l'ovaire et de phénomènes gastro-intestinaux expliqués par un noyau néoplasique au niveau de la grande courbure.

Le 15 février : la malade va bien ; est guérie opératoirement.

Rentre chez elle le 22 février 1930.

OBSERVATION IX

due à l'obligeance de M. le Docteur Delore

Cancer de l'antré pylorique : gastro-pyloréctomie. Six mois après, tumeurs ovariennes de Krukenberg : castration abdominale totale. Guérison.

Mme X..., âgée de 44 ans, est envoyée au Docteur Delore, le 5 décembre 1927, avec le diagnostic de cancer de l'estomac.

Ces troubles gastriques remontent à quelque mois seulement, les douleurs apparaissent après chaque repas, ont un horaire tardif, ne sont pas très violentes et sont calmées par des vomissements. Ces vomissements, d'abord journaliers, ne se produisent plus que tous les deux ou trois jours et la malade y a remarqué la présence d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Cette malade est pâle et amaigrie ; on note, à l'épigastre, une grosse tumeur ayant conservé une certaine mobilité.

Intervention le 19 décembre 1927 (D^r Delore) : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Il s'agit d'un gros cancer de l'antré pylorique avec adénopathie importante sous-pylorique. Gastro-pyloréctomie large, procédé de Billroth II, dépassant bien la tumeur qui est ulcérée et infiltrée.

L'examen histo-pathologique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un épithélioma atypique à caractères malins.

Les suites opératoires sont excellentes et la malade rentre chez elle au bout de quinze jours.

La malade revient consulter le Docteur Delore en mai 1928. Elle ne souffre plus de l'estomac, les digestions sont faciles et elle a engraisé de plusieurs kilogs depuis son opération. Depuis quelque temps, elle assiste à l'augmentation assez rapide de volume de son abdomen, elle ressent quelques douleurs dans la partie inférieure de son ventre. Ses règles ne sont pas modifiées et ne sont pas douloureuses.

L'examen montre un abdomen considérablement augmenté de volume ; la cicatrice épigastrique est souple ; on perçoit dans la partie inférieure de l'abdomen deux tumeurs qui semblent indépendantes, dures au palper, non douloureuses. Le toucher vaginal, qui avait été négatif en décembre, confirme la présence de ces deux tumeurs dont le point de départ semble être annexiel ; elles sont encore mobiles et remontent jusqu'à l'ombilic. La malade se décide à une nouvelle opération.

Intervention le 28 juin 1928 (D^r Delore) : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale médiane. Les deux tumeurs de l'ovaire ont chacune le volume d'une tête fœtale, elles ne sont pas adhérentes et s'extériorisent facilement. On pratique une castration abdominale totale. Le péritoine paraît sain, sauf vers le fond du Douglas, où il présente deux petites zones épaissies et vascularisées. Pas de ganglions appréciables. A la coupe, les tumeurs des ovaires ont un contenu moitié solide, moitié caséux.

A l'examen histo-pathologique (Prof. J.-F. Martin),

c'est la tumeur de Krukenberg classique, c'est-à-dire que dans un stroma ovarien souvent fibroïde ou encore, par place, dissocié par l'œdème, on rencontre une pluie de cellules épithéliales se groupant en amas pleins sans jamais reconstituer de cavités glanduliformes et qui, le plus souvent, essaient sans ordre dans le stroma. Ces cellules ont toutes la forme des cellules en bague, c'est-à-dire qu'elles sont arrondies, que leur noyau est refoulé à la périphérie et que la partie centrale du protoplasma est occupée par une goutte de mucus. Quelques cellules, plus rares, ont un protoplasma dense et n'ayant pas cette sécrétion muqueuse à leur intérieur. A signaler encore que le stroma de la tumeur est largement envahi par des polynucléaires.

Les suites opératoires sont excellentes et la malade quitte rapidement la maison de santé. Au bout de quelque temps, elle reprend ses occupations habituelles.

Revue au bout d'un an, cette opérée est en parfaite santé, ne présente aucun trouble, ni aucune tumeur apparente.

Le médecin de cette malade nous apprend qu'elle est morte au mois de septembre 1929, ayant présenté le dernier mois des phénomènes douloureux gastriques ne cédant qu'à la morphine. L'abdomen est resté absolument normal et le toucher vaginal n'a pas montré de récurrence de ce côté.

OBSERVATION X

due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé Santy

Troubles gastriques anciens. Cancer de l'estomac inextirpables. Laparotomie exploratrice. Tumeur de l'ovaire droit. Guérison opératoire.

Mme Ger..., 49 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le Docteur Santy, pour des troubles gastriques, en mai 1930.

Rien à retenir dans ses antécédents héréditaires, ni collatéraux.

Le début de ses troubles gastriques remonte à 19 ans. Ils consistaient en douleurs assez vives survenant après l'ingestion alimentaire, siégeant au creux épigastrique et souvent terminées par des vomissements. Ces douleurs apparaissaient par périodes de huit à quinze jours, séparées par d'autres périodes de calme, de durée plus longue. La radioscopie, pratiquée en 1921, ne montre qu'une ptose gastrique accentuée. Le régime suivi par la malade lui permet de s'alimenter suffisamment.

En janvier 1930, s'établit une intolérance gastrique à peu près totale : la malade dit qu'elle vomit tout ce qu'elle mange et maigrit très rapidement. Les douleurs épigastriques s'irradient entre les épaules et surtout à l'épaule droite.

Au mois de mars, la malade souffre également dans le bas-ventre et des phénomènes de cystite apparaissent.

A l'entrée, malade très amaigrie et présentant un mauvais état général. Les vomissements se produisent après chaque ingestion alimentaire. Les phénomènes de cystite persistent. Les règles sont normales, pas de métrorrhagie dans leur intervalle.

A l'examen, abdomen météorisé. Il ne semble pas y avoir d'ascite. On ne perçoit pas de tumeur gastrique, le foie ne déborde pas les fausses côtes et n'est pas douloureux. On note la présence de deux petites hernies épigastriques.

Le toucher vaginal montre un col utérin *petit, dur*. Le fond utérin est mal délimité en raison du météorisme abdominal : l'annexe droite semble augmentée de volume.

Intervention le 22 mai 1930 (D^{rs} Wertheimer et Carcassonne) : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Présence d'ascite en petite quantité. Il s'agit, ainsi qu'on le supposait, d'une tumeur gastrique de type végétant, infiltrant la totalité de l'organe. Il existe également une tumeur ovarienne du côté droit, de la grosseur d'un poing, blanchâtre, dure. L'ovaire gauche paraît normal. On prélève un ganglion de la grande courbure pour biopsie. Fermeture totale de l'abdomen.

Examen histo-pathologique (Prof. J.-F. Martin) : Le ganglion lymphatique est envahi par des formations épithéliomateuses qui, le plus souvent, sont disposées sous forme de petite colonnettes de cellules sécrétant du mucus (cellules à bague), d'autres fois essaimant sans ordre, dispersées et sans tendance au groupement. Le stroma, qui sert de soutien à ces éléments

néoplasiques, est un tissu conjonctif lâche, œdémateux. On retrouve çà et là des formations adénoïdes encore reconnaissables. La texture de ce néoplasme est celle de l'épithélioma colloïde tel qu'on a coutume de le rencontrer dans les tumeurs de Krukenberg.

La malade a des suites opératoires simples, et rentre chez elle, au bout de trois semaines, en mauvais état.

CHAPITRE III

Etiologie

Le grand nombre déjà publié de tumeurs de Krukenberg incite à penser que cette affection est relativement fréquente.

Déjà, en 1906, Leriche écrivait : « J'ai été, après d'autres, frappé de la fréquence des tumeurs annexielles en coïncidence ou à la suite d'un cancer de l'estomac » ; et il en rapportait 14 cas.

Un certain nombre de statistiques existe déjà, établissant dans quelles proportions les cancers de l'estomac causent les envahissements ovariens ou péviens. Dittrich, sur 160 cancers de l'estomac, ne trouve qu'un cancer de l'ovaire. Brinton, sur 431 cancers gastriques, constate 6 tumeurs ovariennes. Zahn dit que, sur 2.539 autopsies des deux sexes, il n'a trouvé que 4 cancers secondaires des ovaires. Lange note l'envahissement des ovaires 4 fois sur 587 cancers gastriques; Bormann, 2 fois sur 70; Eulenbourg, 1 fois sur 100. Engelhorn, en 1907, trouve pour 80 cancers

gastriques chez la femme, 13 cancers secondaires de l'ovaire, soit une proportion de 16,2 pour 1.000. Plus près de nous, en 1910, Rosenstirn examinant microscopiquement le cul-de-sac de Douglas de 15 cancéreux, constate 5 fois un envahissement du péritoine et 9 fois la tumeur primitive siégeait sur l'estomac.

Rau, en 1922, indique les chiffres suivants :

Pour 86 cancers gastriques, 9 métastases ovariennes.

— 8 cancers côlons,	1	—	—
— 30 voies biliaires,	3	—	—
— 36 seins,	9	—	—

Il faut bien dire également que les lésions ovariennes ou péritonéales ne sont pas toujours macroscopiques, mais peuvent être microscopiques, comme l'ont montré Schenk, Sitzenfrey et Rosenstirn et, en France, R. Leroux et M. Guérin qui chez une femme morte à 81 ans d'épithélioma gastrique avec généralisations multiples sur les séreuses, ont trouvé dans des ovaires, sains en apparence, des nodules analogues aux tumeurs de Krukenberg.

La recherche du cancer gastrique, en présence d'une tumeur bilatérale des ovaires, a été également faite. C. Lockyert, en 1904, après avoir étudié 79 tumeurs ovariennes bilatérales, reconnaît leur nature métastatique dans 77 % des cas, la tumeur primitive siégeant 61 fois sur l'estomac, 10 fois sur l'intestin, 1 fois sur la vésicule biliaire; 6 fois seulement il doit reconnaître la nature primitive de ces tumeurs. Glockner, sur 121 tumeurs de l'ovaire, trouve en même temps 6 cancers d'autres organes. Temesvary, sur 300 observations de sarcome des ovaires, trouve la coexistence

de 3 cancers de l'estomac. Au congrès de Kiel 1905, Fromme trouve 4 cancers gastriques sur 19 tumeurs doubles des ovaires. Hofmeyer, ayant opéré 269 femmes pour pseudomyxome de l'ovaire, reconnaît que 8 sont mortes d'affections malignes et pour 6 de ces 8, il s'agissait de cancers gastriques ou intestinaux. De même Poupinel, étudiant la généralisation des kystes mucoïdes (?), trouve 6 cancers de l'estomac, 5 du rectum, 1 du gros intestin et 7 du foie.

Metzger ayant réuni 283 observations de cancers de l'ovaire reconnaît 219 fois le cancer gastrique.

Schlagenhauser, sur 82 observations de cancer bilatéral de l'ovaire, trouve 54 fois la coexistence du cancer gastrique. Gobiet, 126 fois sur 150 observations.

Ces chiffres sont assez éloquentes par eux-mêmes. Ils prouvent que beaucoup de cancers des ovaires, surtout bilatéraux, sont en réalité secondaires à un autre cancer du tube digestif et en particulier de l'estomac. Il ne faudrait pas non plus prendre ces chiffres trop à la lettre, car un assez grand nombre des cas rapportés sont très douteux du fait que les examens histologiques ou les autopsies font défaut, du fait aussi que surtout dans les observations anciennes, après l'examen histologique des deux tumeurs, on conclut que le cancer ovarien est nettement indépendant du cancer digestif, du fait également que parfois la tumeur ovarienne a été constatée et que l'on conclut à un cancer gastrique en présence de quelques troubles digestifs.

Si nous envisageons maintenant la fréquence du

cancer de l'estomac par rapport aux autres cancers du tube digestif, nous trouvons les chiffres suivants :

Schlagenhauser, dans 78 cas, trouve la tumeur primitive localisée 10 fois à l'intestin, 7 fois aux voies biliaires, et 61 fois à l'estomac.

Gobiet, étudiant un nombre plus considérable d'observations, soit 150, relève 126 cancers de l'estomac, 16 de l'intestin, 7 des voies biliaires et un du pancréas.

Metzger, ayant réuni 283 observations, observe 219 cancers de l'estomac, 11 du grêle, 27 du côlon, 11 du rectum et 15 des voies biliaires.

Ces statistiques concordent et on se rend ainsi compte que, dans 75 à 80 % de tumeurs bilatérales des ovaires (et sous ce terme de tumeur bilatérale, nous comprenons les diverses tumeurs de l'ovaire, même liquides) il existe un cancer gastrique et on n'a plus le droit à l'heure actuelle de méconnaître cette notion de fréquence avec les conclusions que l'on doit en tirer.

Les chiffres auxquels nous arrivons ne sont pas aussi élevés. Nos recherches ont porté de l'année 1908 à l'année 1930 (non compris les années de guerre). *Sur 110 cancers gastriques, dont 45 au-dessus de 60 ans, nous relevons 6 cas de tumeurs secondaires des ovaires.* Si nous comparons ces cas de tumeurs de Krukenberg aux autres tumeurs de l'ovaire, nous trouvons pour ces dernières 92 cas et nous faisons entrer dans ce cadre les observations de carcinose péritonéale à point de départ pelvien ou gastrique. D'un

autre côté, nous relevons 154 kystes de l'ovaire pendant la même période.

L'âge d'apparition des tumeurs de Krukenberg est extrêmement variable, de 14 ans (Chapman) à 80 ans (Leroux et Guérin). Les chiffres donnés par Gauthier-Villars sont les suivants, basés sur 365 observations, abstraction faite de 88 cas où l'âge n'est pas mentionné :

Moins de 20 ans	6	malades
De 20 à 30 ans	49	—
De 30 à 40 ans	71	—
De 40 à 50 ans	86	—
De 50 à 60 ans	45	—
Plus de 60 ans, seulement	20	—

Le même auteur fait d'ailleurs remarquer que 56 malades, soit 17% sont âgées de moins de 50 ans, tandis que A. Mathieu, sur 575 cancers gastriques ne trouve que 10 malades âgées de moins de 30 ans, soit 5 % environ. Il s'agit donc plus souvent de femmes jeunes que pour d'autres cancers. La progression est croissante jusqu'à 40 ou 45 ans et décroît assez rapidement après cet âge; la plus grande fréquence se trouve entre 40 et 45 ans.

L'âge de nos malades était le suivant : 33, 36, 38, 44, 49, 54 et 59 ans.

En reprenant nos chiffres de cancers gastriques, 110, et en écartant ceux qui sont apparus après 60 ans, 45, il nous reste 65 cancers ayant donné 6 tumeurs de Krukenberg et peut-être sommes nous encore au-dessous de la vérité, par le fait suivant : la malade opérée de cancer gastrique, anastomose ou gastrectomie,

rentre chez elle, la famille ou son médecin sont prévenus qu'il s'agit d'un cancer, tous les signes abdominaux qui vont apparaître par la suite seront mis sur le compte du cancer gastrique et on laisse mourir cette malade souvent jeune en l'entourant de soins dévoués sans soupçonner une tumeur ovarienne.

En dehors de l'âge qui coïncide dans la plupart des cas avec la période d'activité physiologique de l'ovaire, existe-t-il d'autres causes susceptibles d'influencer la localisation métastatique? Ici, comme dans la plupart des affections, le traumatisme a été invoqué dans quelques cas (Réel-Oberling), mais ce rôle est loin d'être prouvé.

Il est beaucoup plus évident que la multiparité est un facteur important, ce fait est mentionné dans de nombreuses observations et spécialement par les auteurs allemands. Ces tumeurs peuvent même évoluer pendant la grossesse. il en existe plus de 20 observations (Schmid 1924). Sur 44 malades atteintes de cancers gastriques associés à la grossesse, il en trouve 14 ayant présenté des localisations ovariennes et étant d'ailleurs toutes mortes dans l'année.

A ce sujet, on s'est demandé si la conception était possible pendant l'évolution d'un cancer des ovaires ou si celui-ci était postérieur à la fécondation; Max Turolt admet la première hypothèse en se basant sur l'examen et le volume de ces tumeurs. La fécondité est cependant compromise par l'existence d'une tumeur de l'ovaire mais nous ne possédons aucun élément pour trancher ce différend.

CHAPITRE IV

Pathogénie

La pathogénie des tumeurs ovariennes coïncidant ou succédant à un cancer du tractus digestif, a donné lieu à une série de questions, au sujet desquelles tout le monde est encore loin d'être d'accord.

Nous avons toujours parlé de tumeur secondaire de l'ovaire, de métastase ovarienne, mais on s'est demandé s'il ne s'agissait pas de deux tumeurs différentes, ou bien même si l'ovaire ne serait pas le siège de la tumeur primitive.

Tout le monde est d'accord sur le point suivant. Le cancer secondaire de l'estomac est une rareté, tandis que le cancer primitif est très fréquent. D'ailleurs, à part le cancer de l'œsophage, propagé à la muqueuse gastrique, le cancer secondaire de l'estomac se manifeste sous forme de petits noyaux séreux ou sous-séreux, qui atteignent exceptionnellement la muqueuse. La plupart du temps, le cancer gastrique a les types habituels et classiques de l'épithélioma cylindri-

que, du squirrhe ou encore de la linité plastique et ces lésions apparaissent à tous comme primitives.

La règle, édictée par quelques-uns voulant que la tumeur primitive soit celle qui se manifeste par les premiers symptômes, n'a aucune valeur. Si le cancer gastrique n'est pas orificiel, s'il ne siège pas sur le pylore, il peut évoluer très lentement et être très longtemps méconnu, tandis que la tumeur ovarienne se développe et attire rapidement l'attention vers la partie inférieure de l'abdomen. D'ailleurs, dans un certain nombre d'observations où la malade subit une gastrectomie, ou une simple anastomose, l'examen génital pratiqué à cette période reste entièrement négatif. Par contre, si une malade opérée de cancer des ovaires manifeste ultérieurement des signes de cancer gastrique, on ne saurait admettre que l'estomac est le siège d'une métastase, car on connaît la lenteur d'évolution de ces cancers non orificiels.

L'anatomie pathologique, souvent, au moins autrefois, n'a pu trancher cette question. Il est classique de dire que la métastase reproduit le type histologique de la tumeur primitive et, au contraire, si les tumeurs ont des aspects différents, on dira que ce sont deux cancers primitifs. Dans quelques cas, on a pu trouver dans l'ovaire des aspects histologiques reproduisant exactement le type du cancer gastrique examiné. D'ailleurs, si les cancers de l'estomac ont tous des aspects d'épithéliomas typiques, métatypiques ou atypiques, les cancers des ovaires ont des aspects beaucoup plus variés, dans le détail desquels nous ne voulons pas entrer. De fait, on note un certain nombre

d'observations ou les auteurs concluent à des cancers indépendants; citons par exemple l'observation de Laroyenne et Bosquette « coexistence chez une femme de 36 ans d'un néoplasme des ovaires et d'un néoplasme de l'estomac; examen histologique. (Docteur Bériel) Ovaire : stroma fibrillaire pauvre avec énormes alvéoles-carcinomateux bourrés d'éléments épithéliaux, cellules volumineuses à protoplasma globuleux et transparent. C'est un épithélioma ovarien à cellules claires. Ganglions mésentériques, cellules néoplasiques claires, semblables à celles de l'ovaire. Foie et pancréas : éléments analogues. Pylore : épithélioma typique de la muqueuse; néoformation alvéolaire pénétrant dans toutes les tuniques jusqu'au péritoine; il a, comme caractère le rapprochant de la tumeur ovarienne, la tendance des cellules à devenir volumineuses et à se charger de substance colloïde qui remplit ainsi la tumeur et les cavités glandulaires neoformées. Cependant ce cancer est de type assez nettement tranché pour qu'on soit assuré qu'il est différent du cancer ovarien et de ses généralisations ci-dessus rappelées. »

D'ailleurs, Bériel, dans ses *Eléments d'Anatomie Pathologique*, met fortement en doute l'existence des tumeurs secondaires des ovaires : « Ces tumeurs secondaires sont tout à fait exceptionnelles, si tant est qu'elles existent; on observe parfois des ovaires cancéreux avec tumeurs malignes d'autres organes, estomac par exemple; il est probable qu'il s'agit dans la plupart des cas de cancers simultanés. »

Cependant les métastases peuvent être différentes

de la tumeur primitive sous diverses influences et Tripiér écrivait dans son Anatomie Pathologique Générale : « Il résulte de nos recherches que les formations
« secondaires sont toujours de même nature que la
« tumeur primitive dont elles dérivent, mais que leur
« structure peut présenter des variations notables
« dans beaucoup de cas et même très prononcées
« dans certains cas. »

Actuellement, la tumeur bilatérale de l'ovaire répondant au type histologique de Krukenberg ou à un type voisin est considérée comme métastatique.

On ne saurait nier la coexistence possible de deux cancers indépendants chez la même malade, mais ce doit être là une rareté. Un cancer de l'ovaire, coïncidant avec un cancer de l'estomac, doit être considéré comme métastatique. Les observations de tumeurs de Krukenberg primitives sont incomplètes et ne sauraient modifier l'opinion générale.

L'ovaire est ainsi atteint secondairement. Quelle est la voie des métastases? Trois hypothèses sont en présence :

Voie sanguine;

Voie lymphatique;

Voie transpéritonéale **directe**.

La voie sanguine a peu de défenseurs. C'est l'ancienne théorie de l'embolie capillaire de Virchow. Lutaud (1927) l'admet cependant, ainsi que la voie lymphatique, du fait de la « dissémination de groupes
« cellulaires épithéliomateux dans de nombreux con-
« duits vasculaires sanguins ou lymphatiques. » De

même Bouchut et Morénas (1923) admettent l' « envahissement de l'ovaire par voie sanguine » et rejettent l'hypothèse de la greffe péritonéale « du fait qu'il n'y avait pas d'ascite et que toute lésion péritonéale était absente ».

La voie lymphatique a des partisans plus nombreux parce que les ganglions lombaires sont souvent envahis seuls, sans lésions péritonéales, les lymphatiques de l'estomac communiquant avec les ganglions lombaires supérieurs où se rend la lymphe ovarienne et aussi parce qu'il existe des embolies lymphatiques. Cette théorie de l'infection lymphatique rétrograde a été soutenue par Kéhrès, Kaul, Schmorl, Glockner, Pfannenstiel, Frankl, Sternberg. Schiller (1925) ayant pratiqué une série de coupes près du hile de l'ovaire et à la périphérie de la tumeur, note une prédominance très nette des lésions près du hile et ne trouve pas de cellules épithéliomateuses à la périphérie. C'est là une observation unique, la plupart des autres précisant bien au contraire que l'envahissement de l'ovaire se fait par sa surface. Cette théorie n'explique pas du tout la prédisposition de l'ovaire, la bilatéralité de ces tumeurs, l'infiltration cancéreuse du Douglas et de semblables métastases devraient avoir lieu dans les testicules. Que signifient alors les embolies lymphatiques rencontrées sur les coupes de tumeurs de l'ovaire? Gauthier-Villars croit « qu'elles révèlent l'essaimage des cellules cancéreuses hors de cet organe. A son tour, il joue le rôle de foyer primitif vis-à-vis de l'utérus et de la trompe, qui sont envahis, non pas directement par le cancer gastrique.

« mais dans un troisième temps, par des cellules de
« provenance ovarienne. »

Reste la troisième théorie, la voie séreuse, la greffe directe sur l'ovaire de cellules cancéreuses tombées dans la cavité péritonéale, l'impfimplantation des auteurs allemands. Krause le premier l'a soutenue et la plupart des auteurs actuels s'y sont ralliés.

Krause, après l'examen de plusieurs tumeurs bilatérales des ovaires, constate dans la plus petite tumeur, laquelle doit-être la plus récente, que les lésions débutent à la périphérie de l'organe et que le centre est absolument sain. La plupart des anatomopathologistes admettent actuellement cet envahissement de l'ovaire par sa périphérie. Krause pense que les cellules épithéliales se détachent de la tumeur gastrique et sont mécaniquement entraînées au point déclive du péritoine et viennent se greffer sur le Douglas et les ovaires. Une observation de Lubarsch a presque la valeur de l'expérimentation : il s'agit d'un cancer de l'estomac perforé avec propagation secondaire au foie, à l'ovaire et à la trompe droite; il n'existait pas de ganglions abdominaux et Lubarsch fait remarquer que l'ovaire et la trompe droite étaient attirés dans le Douglas par des brides de para et de périmétrite tandis que l'ovaire gauche était recouvert d'adhérences conjonctives le protégeant complètement et le mettant à l'abri de tout envahissement

Nous remarquons que dans l'observation ci-dessus le cancer avait perforé la séreuse gastrique. Il est facile de comprendre ainsi que des cellules cancéreuses

puissent tomber dans le péritoine et précisément Glockner et Pfannenstiel soutiennent que cette hypothèse n'est pas défendable quand le cancer gastrique développé dans la muqueuse n'envahit que la sous-muqueuse et la musculuse. Krause lui-même fait remarquer qu'il n'est pas besoin que la séreuse soit macroscopiquement envahie, il suffit que quelques boyaux cancéreux infiltrent les tuniques gastriques le long des vaisseaux lymphatiques ou des fentes cellulaires et arrivent sous la séreuse pour que des cellules néoplasiques puissent se détacher et se perdre dans la cavité péritonéale.

Le rôle de la pesanteur n'est pas douteux, d'après les résultats des recherches de Rosenstirn qui observe des métastases dans le Douglas sans lésions des vaisseaux ou ganglions lymphatiques et sans que le cancer gastrique ait perforé ou atteint macroscopiquement la séreuse. Pour lui, les cellules cancéreuses détachées de l'estomac tombent dans la partie la plus déclive de la cavité abdominale au fond du cul de sac de Douglas et parfois seul le fond est infiltré, les parois latérales restant saines ainsi que les ovaires.

A côté de ce rôle mécanique de la pesanteur, auquel s'ajoute le brassage des intestins qui mobilise et entraîne les cellules néoplasiques, Schenk et Sitzenfrey font intervenir le rôle propre de l'épiploon. Dans une de leurs observations, l'épiploon envahi était adhérent à l'ovaire cancéreux et il était possible de suivre le chemin parcouru par la métastase, l'épiploon étant lui-même envahi de proche en proche ou encore par ses lymphatiques.

On s'est demandé pourquoi l'ovaire était aussi souvent envahi, soit secondairement au Douglas pour Rosenstirn, soit directement pour Krause, Amann. L'expérimentation montre que l'épithélium de revêtement de l'ovaire ne représente pas une barrière très solide. Amann injecte de l'encre de chine dans l'abdomen de chiennes et de souris et en même temps, dans leur vagin et leur utérus, des cultures bactériennes stérilisées en vue de provoquer de la leucocytose; il remarque que les ovaires sont imprégnés par l'encre de chine. Krause injecte, lui aussi, de l'encre de chine dans le péritoine de la chienne : les grains se fixent sur l'épithélium germinatif des ovaires entre les cellules épithéliales et même dans celles-ci. Wolfeim, au contraire, affirme que l'épithélium germinatif des ovaires ne laisse pas pénétrer les grains d'encre de chine s'il est intact et qu'ils ne pénètrent qu'à la faveur des lésions produites par la rupture des follicules clos. Polano, reprenant ces expériences, affirme que le rôle de défense de l'épithélium ovarien n'existe pas et que les grains d'encre de chine pénètrent librement entre les cellules épithéliales; les cellules cancéreuses peuvent faire de même.

Ces expériences pratiquées sur des ovaires féminins enlevés au cours d'une opération gynécologique et plongés dans l'encre de chine confirment les résultats obtenus. Cependant la perméabilité de l'épithélium ovarien est plus faible que celle de l'endothélium péritonéal.

La rupture périodique des follicules clos crée, à la surface de l'ovaire, une plaie physiologique qui sera

une porte d'entrée facile pour la cellule cancéreuse; ceci explique parfaitement la disposition périphérique des nodules cancéreux à la surface de l'ovaire. Bardy, dans sa thèse (obs. 2) trouve d'ailleurs des cicatrices de corps jaune à la base d'un de ces nodules.

Nous avons noté plus haut que c'est au moment de l'activité génitale que se produisent ces métastases ovariennes qui sont rares chez les femmes âgées. Schauta rapporte une observation assez démonstrative de cancer métastatique de l'ovaire droit, l'ovaire gauche épargné étant complètement atrophié. L'éclatement du follicule à la surface de l'ovaire joue un rôle de premier ordre dans la greffe du cancer. L'ovaire sera d'autant plus exposé à celle-ci qu'il sera sain ou tout au moins capable d'ovulation.

Dambrin, au Congrès de Toulouse (1910), explique de la façon suivante la localisation ovarienne : « C'est « que, seul de tous les organes intra-abdominaux, « l'ovaire est dépourvu de revêtement séreux. Il est « possible que, partout ailleurs, les réactions de défense si marquées du péritoine amènent la destruction des cellules cancéreuses qui ne trouvent alors « pour se greffer que la surface de l'ovaire. »

Krause avait déjà remarqué que les tumeurs, qui prennent un développement considérable sur l'ovaire, ne donnent sur le péritoine que de petits nodules riches en tissu fibreux et entourés de tissu conjonctif. Le péritoine est un mauvais terrain pour les métastases tandis que la greffe trouve sur l'ovaire des conditions favorables du fait de sa vascularisation énorme et la facilité avec laquelle il se produit de nouveaux

vaisseaux autour des bourgeons cancéreux, comme autour des follicules de de Graefe en maturation.

En somme de nombreux facteurs interviennent en faveur de la voie transpéritonéale directe : la pesanteur et les mouvements intestinaux entraînent les cellules cancéreuses dans le Douglas ou sur l'ovaire, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'épiploon. La localisation souvent prédominante sur l'ovaire droit est sans doute en relation directe avec la racine du mésentère dirigée en bas et à droite. L'ovaire par sa situation déclive, par la richesse de sa vascularisation, par son absence de revêtement péritonéal, par la plaie physiologique que crée la rupture du follicule, est un organe tout prêt pour l'envahissement cancéreux.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique macroscopique

Les tumeurs secondaires de l'ovaire peuvent revêtir des aspects variés, être le plus souvent solides, mais même liquides. Il en existe cependant une forme tout à fait caractéristique, dont les caractères sont absolument constants et dont l'aspect seul impose le diagnostic de tumeur secondaire, en l'absence de tout contrôle histologique. Il s'agit de la tumeur de Krukenberg décrite par lui en 1896, sous le nom de fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes). C'est cette description que nous donnerons tout d'abord.

Ce sont des tumeurs bilatérales, mais il est rare que les deux ovaires soient de même taille : presque toujours l'ovaire droit est le premier atteint et le plus volumineux. Dans les formes unilatérales, c'est l'ovaire gauche qui est ordinairement respecté (Lubarsch, Shauta). Mais peut-être que la métastase ne se produit pas simultanément sur les deux ovaires; Bland Sutton ayant laissé en place l'ovaire gauche d'apparen-

ce normale dut l'enlever 6 mois plus tard et il avait atteint le volume du droit.

Le plus souvent chaque tumeur présente le volume de deux poings, mais peut le dépasser. Kruger a enlevé une tumeur de 4.550 gr. et Le Dentu une de 2.840 gr., mais ce sont là des exceptions.

Elles conservent la forme générale de l'ovaire, sont ovoïdes ou sphériques; leur surface est le plus souvent blanchâtre, parfois rosée ou bleuâtre; elle est lisse, souvent soulevée par des bosselures plus ou moins volumineuse. Elles sont lourdes et leur consistance se rapproche beaucoup de celle du fibrome; il existe assez souvent des parties ramollies ou même kystiques contenant un liquide gélatineux.

Ces tumeurs sont bien limitées, n'adhèrent jamais sérieusement aux organes voisins et restent ainsi très mobiles ou mobilisables, fait noté dans la plupart des observations.

A la coupe, la tranche de section est blanc jaunâtre et, sous une coque périphérique dissociable et peu épaisse, on voit à côté de parties dures renfermant de toutes petites géodes à contenu gélatineux des parties plus molles, ramollies, myxomateuses, de couleur jaunâtre.

A côté de cette forme bien classique de tumeur de Krukenberg, il existe toute une série d'observations prouvant que le kyste de l'ovaire d'apparence banale peut, lui aussi, être envahi secondairement au cours de l'évolution d'un cancer gastrique. Etant donnée la fréquence des kystes de l'ovaire et des cancers de l'es-

tomac, il est évident que les deux affections peuvent coexister; ainsi dans l'observation de H. Hartmann (Pylorectomie pour cancer de l'estomac et 3 ans 1/2 plus tard hystérectomie pour kystes bilatéraux des ovaires et fibromes utérins) l'auteur conclut en disant qu'« il ne s'agit pas là d'une généralisation de la tumeur gastrique primitive, nous nous trouvons en présence de deux tumeurs de nature différente. C'est simplement un bel exemple de pluralité successive de néoplasmes divers chez une même malade. » Il semble donc que les kystes de l'ovaire puissent exister en même temps qu'un cancer de l'estomac, c'est une simple coïncidence.

Par contre, les métastases d'un cancer gastrique peuvent fort bien se développer sur un ovaire kystique (Engelhorn, Kratzenstein, Lessing, Poupinel, Hanau, Amann, Keel). L'observation de Walther est très démonstrative : Pylorectomie pour cancer du pylore; un an après, hystérectomie susvaginale pour kyste de l'ovaire gauche uniloculaire (500 gr.) et à droite tumeur solide de l'ovaire ressemblant à un fibrome et où l'examen histologique du kyste a montré des éléments cancéreux stomacaux semblables à ceux que l'on voit sur l'autre ovaire. Ainsi d'un côté la tumeur ayant évolué sur un ovaire sain a donné son aspect habituel, de l'autre les greffes cancéreuses se sont implantées sur un kyste préexistant. La conclusion de tout ceci est que dans bien des cas de dégénérescence, surtout à la surface des kystes de l'ovaire, il importe de penser à une métastase d'un cancer gastrique jusque-là latent.

Autres métastases concomittantes du cancer gastrique

Dans un certain nombre d'observations, une fois sur sept environ, les ovaires seuls sont envahis; le péritoine, les ganglions ou les autres organes paraissant sains. Ce fait semble dû à la précocité de l'intervention et il n'est pas à négliger. Il doit inciter le chirurgien à faire un diagnostic précoce et à enlever les ovaires malades quand eux seuls sont encore envahis.

Malheureusement, dans un grand nombre de cas, il existe d'autres localisations cancéreuses concomitantes. C'est le plus souvent le péritoine et en particulier le grand épiploon, soit qu'il contienne simplement des nodules cancéreux, soit qu'il soit entièrement envahi, épaissi, souvent attiré au contact de la grande courbure où il forme à lui seul une tumeur perceptible à l'épigastre. Cet épiploon lui-même pourrait même, d'après Babès et Mme Pantz-Lazarescu, être le point de départ de la tumeur ovarienne en donnant naissance à un adénocarcinome développé aux dépens de glandes muqueuses égarées et se propageant ensuite à l'estomac et à l'ovaire. La multiplicité des cas cliniques accompagnés d'examen histopathologique sont loin de confirmer cette hypothèse.

Le péritoine du Douglas est toujours envahi microscopiquement d'après Rosenstirn, un certain nombre de fois seulement en clinique, sous forme de nodules plus ou moins volumineux pouvant atteindre la grosseur d'une mandarine, souvent sphériques, de surface

lisse, mamelonnée et ayant une large base d'implantation.

La métastase rectale est très rare chez la femme, c'est une plaque dure, en chaton de bague, infiltrant la paroi antérieure du rectum, faisant saillie dans sa lumière et n'ulcérant pas la muqueuse.

L'envahissement ganglionnaire, soit des ganglions périgastriques, soit de ceux des chaînes lombaires juxta-aortiques est assez souvent noté.

L'intestin, au contact de la tumeur ovarienne, a été envahi un certain nombre de fois, mais c'est assez rare.

D'autres métastases variées ont été signalées : pancréas, rate, rein, surrénale, sein, etc...

Le poumon et la plèvre sont parmi les organes le plus souvent atteints; il existe alors une pleurésie hémorragique.

Les métastases osseuses ont été notées quelquefois.

L'envahissement de la trompe et de l'utérus n'est pas fréquemment signalé. Frankl y insiste cependant; il s'agit le plus souvent d'embolies lymphatiques siégeant en plein tissu conjonctif, loin des muqueuses tubaire ou utérine. Quoi qu'il en soit, l'ovariotomie simple n'est qu'un pis aller dans ces cas et l'hystérectomie totale s'impose.

Histologie

Les études anatomo-pathologiques des tumeurs de Krukenberg entreprises ces dernières années montrent que l'aspect décrit par Krukenberg lui-même est loin d'être le plus fréquent. Le plus souvent, on rencontre au niveau de l'ovaire un épithélioma tubulé rappelant le type de l'épithélioma primitif. Citons à ce sujet la thèse de Gauthier-Villars où ces différents aspects sont bien décrits.

Le type histologique de Krukenberg est caractérisé par la nette prédominance de l'élément conjonctif sur les éléments épithéliomateux; les cellules tumorales, arrondies, sont remplies de mucus qui refoule le noyau à la périphérie, ce sont des cellules en chaton de bague. La prédominance du tissu conjonctif est telle que Krukenberg croyait qu'il s'agissait de fibrosarcome, opinion combattue par Schlagenhauser et à l'avis duquel se rangent actuellement tous les histologistes; il s'agit bien d'un épithélioma. Les cellules peuvent être isolées les unes des autres ou bien former des îlots bien limités, séparés par des fibrilles conjoncti-

ves. La coloration au mucicarmin montre la richesse de ces cellules en mucus. Ce mucus remplit toute la cellule et écrase en quelque sorte le noyau contre une des parois. Les éléments nobles de l'ovaire, épithélium germinatif et formations folliculaires souvent ne sont pas retrouvées sur les coupes; quand ils existent leur aspect est tout à fait normal.

A côté de cet aspect, on est plus souvent en présence de formations glandulaires, les cellules étant groupées autour de cavités tubulaires. Ces cellules sont parfaitement régulières, leur noyau n'est pas refoulé à la périphérie, il est ici central et elles ont une grande analogie avec les cellules rencontrées dans les épithéliomas digestifs, si bien que l'anatomopathologiste peut conclure, la plupart du temps, à la nature secondaire de la néoplasie ovarienne. P. Masson et J.-F. Martin (1928) terminent l'étude de leur observation en concluant « à la métastase ovarienne d'un épithélioma cylindrique de l'estomac qu'on peut assimiler histologiquement à un cancer intestinal avec cette particularité que par places des cellules argentafines se différencient à partir de l'épithélioma néoplasique ». Dans ces formations glandulaires, le mucus n'existe pas ou en très petite quantité dans les cellules bordantes; il est seulement au centre de la lumière du tube.

Les deux aspects histologiques que nous rappelons peuvent d'ailleurs se rencontrer sur une même coupe et il faut cesser d'établir une distinction entre les tumeurs de Krukenberg et celles qui rappellent par leur

morphologie l'épithélioma primitif; on ne doit plus parler en histologie de vraie ou de fausse tumeur de Krukenberg, tous ces cas sont de même nature : si longtemps opposés les uns aux autres, ils coexistent et doivent être réunis.

CHAPITRE VI

Etude clinique

« Dans plus de la moitié des observations, il n'est
« pas question de signes cliniques, le diagnostic ayant
« été posé à l'occasion d'une autopsie ou par l'histolo-
« giste chargé d'examiner une pièce chirurgicale ».
(Docteur Gauthier-Villars.)

Dans d'autres observations, au contraire, les signes ont été assez nombreux et assez précis pour permettre un diagnostic exact avant toute intervention. Ces symptômes sont assez variables et nous devons envisager comment ils se présentent au médecin ou au chirurgien que le malade va consulter.

Prenons pour commencer le cas le plus simple : malade opérée d'un cancer gastrique reconnu opératoirement et histologiquement et qui va présenter dans les semaines ou les mois suivants des signes de métastase ovarienne. C'est l'histoire de nos malades des observations I, II, VI et VIII.

L'évolution de la tumeur ovarienne au début est d'abord silencieuse et les premiers signes qui vont marquer sa présence vont apparaître à une date plus ou moins éloignée de la première intervention : quelques mois, un an et même davantage.

Le plus souvent, la malade se remet bien de sa première intervention; elle est rentrée chez elle, mange bien, reprend des forces, peut reprendre et poursuivre ses occupations habituelles. Le signe révélateur peut être variable : douleur, troubles de la menstruation ou augmentation de volume de l'abdomen.

Les douleurs sont parfois le premier symptôme. Le plus souvent il s'agit de simple sensation de pesanteur dans le bas-ventre sans localisation nette. La malade souffre également dans la région lombaire et ses douleurs peuvent s'irradier au pli de l'aîne, au périnée ou aux membres inférieurs. Elles sont souvent plus vives au cours de la menstruation. Elles peuvent être spontanées ou provoquées par la fatigue ou l'effort; le plus souvent, elles sont peu intenses mais elles peuvent revêtir la forme de vives coliques comme la malade de notre observation I en présentait, comparant ses douleurs à celles de la parturition. Parfois il existe des crises paroxystiques accompagnées de vomissements, dues à des phénomènes de torsion au niveau de la tumeur, c'est une complication très rare. Il n'existe aucun rapport entre l'intensité des douleurs et le volume ou le siège des tumeurs.

Les troubles menstruels sont, peut-être plus fréquents que les douleurs. Pour certains auteurs, il existe de l'aménorrhée, les règles diminuent d'abondance

et se suppriment même complètement, si bien que ce signe joint à l'augmentation de volume du ventre, a pu faire croire dans quelques cas à un début de grossesse. Mais l'aménorrhée n'est pas constante : tantôt les règles ne sont pas du tout modifiées, ni comme apparition, ni comme durée et abondance; tantôt il existe des métrorragies souvent peu abondantes et irrégulières : dans l'observation VI, c'est l'apparition de métrorragies douloureuses qui a inquiété notre malade. Dans l'obs. III, les règles qui n'existaient plus depuis plusieurs années, réapparaissent.

L'augmentation de volume de l'abdomen peut être le seul symptôme, la malade doit desserrer ses vêtements. C'est l'apparition de l'ascite, symptôme rare au début, il indique déjà une évolution avancée de la tumeur. Le plus souvent, l'ascite n'est pas perçue cliniquement et sera une découverte opératoire. Quand elle existe, qu'elle soit due à une compression veineuse, à une irritation péritonéale ou à une péritonite cancéreuse, elle est souvent très abondante et se reproduit rapidement après ponction ou laparotomie. Le liquide est souvent clair, citrin, transparent, parfois aussi hémattique ou **franchement sanguinolent**, c'est d'ailleurs un signe clinique d'envahissement péritonéal.

Cette augmentation de volume de l'abdomen peut être due simplement au développement de la ou des tumeurs ovariennes, certaines ayant le volume d'une tête de fœtus ou d'adulte et parfois la malade a perçu elle-même à travers la paroi abdominale la présence de cette tumeur.

L'état général, après l'apparition de l'un ou de plu-

sieurs de ces symptômes révélateurs, reste rarement conservé. Les malades maigrissent rapidement, sont vite fatiguées, ont perdu l'appétit, souvent vomissent. Presque toujours il existe de la température qui peut être peu élevée à 37°5, 38°, mais pouvant atteindre 39° ou 39°5 et osciller tous les jours, c'est là un fait clinique important sur lequel insiste M. le Professeur Tixier.

A une période plus avancée, les signes fonctionnels sont plus marqués. Les douleurs s'accroissent; peut-être deviennent-elles plus vives, lancinantes, quand la tumeur se fixe ou envoie des greffes sur les organes du petit bassin. Des phénomènes d'irritation ou de compression du côté de la vessie apparaissent souvent: phénomènes de cystite avec pollakiurie, douleur post-mictionnelle, urines claires ou troubles, albuminurie. Ces troubles vésicaux sont d'ailleurs quelquefois les premiers à attirer l'attention vers la sphère génitale.

Que va déceler l'*examen physique* chez de telles malades? On note bien entendu la cicatrice épigastrique qui peut demeurer très souple, non douloureuse, et, souvent, on ne perçoit aucune tumeur dans cette région.

L'abdomen est la plupart du temps déjà volumineux contrastant avec la maigreur du thorax. La palpation de l'abdomen reconnaît ou non la présence d'ascite et souvent la présence dans l'hypocondre d'une tumeur plus ou moins volumineuse, non douloureuse ordinairement, dure, lisse ou un peu bosselée, mobilisable et semblant s'enfoncer dans le pelvis. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal précisera le siège de

cette tumeur, dont le pôle inférieur et souvent situé dans le Douglas, refoulant l'utérus en avant; cette tumeur est mobilisable et les mouvements qui lui sont transmis ne sont pas communiqués au col utérin. Dans certains cas, on reconnaît bien deux tumeurs développées aux dépens de chaque ovaire et nettement séparées l'une de l'autre; le plus souvent elles ne forment qu'une seule masse, la plus petite étant refoulée dans le Douglas se trouve masquée et confondue avec la tumeur abdominale.

On pensera cependant à la bilatéralité des tumeurs quand le Douglas et un autre cul-de-sac sont remplis par une tumeur qui bombe et qui vient plaquer l'utérus contre la symphyse pubienne. Le fond de l'utérus est souvent difficile à bien délimiter; l'examen en position de Trendelenburg facilite quelquefois cette recherche et précise mieux l'indépendance de l'utérus et des tumeurs; dans les cas heureux, où l'on peut bien préciser le fond utérin plus ou moins médian, c'est grâce à cette constatation que l'on peut affirmer l'existence de deux tumeurs.

L'étude du col utérin, d'après Frankl, a aussi une grosse importance. L'envahissement des lymphatiques utérins donnerait au col une dureté ligneuse toute particulière et il trouve ce signe 7 fois sur 17 observations. Nous le relevons nous-même dans les observations II, V et IX.

Le toucher rectal sera toujours pratiqué; il délimite plus nettement les tumeurs du corps utérin; il peut aussi permettre de sentir l'envahissement propre du Douglas en y faisant percevoir une masse indépen-

dante des tumeurs perçues par toucher et palper combinés. Il permettrait également de juger de l'intégrité de la paroi rectale, le rectum pouvant être le siège d'une infiltration localisée à sa paroi antérieure. Nous y reviendrons plus loin.

A côté de ces cas où la malade a été opérée d'un cancer gastrique et va se montrer au médecin ou au chirurgien avec les signes fonctionnels génitaux que nous venons de rappeler, il en est d'autres où les troubles génitaux sont tout à fait au premier plan, mais l'interrogaire ou l'examen complet vont préciser qu'il y a en même temps tumeur gastrique. Les phénomènes généraux sont le plus souvent accentués : amaigrissement, anorexie, température subfébrile ou même élevée (Professeur Tixier).

La scène fonctionnelle est celle que nous avons décrite plus haut, douleurs, troubles menstruels et augmentation de volume de l'abdomen. L'interrogaire plus précis permettra souvent de révéler un certain nombre de troubles digestifs qui d'ailleurs peuvent fort bien exister avec une tumeur de l'ovaire et n'être pas du tout signes de cancer digestif. Ces troubles digestifs peuvent simplement être dus à des phénomènes de compression par la tumeur ou à des phénomènes inflammatoires péritonéaux dus à l'ascite coexistante et même traduire une généralisation péritonéale ou hépatique. Il est même fréquent de constater des troubles gastro-intestinaux assez marqués et pouvant retenir toute l'attention du côté de l'estomac au cours de

l'évolution des tumeurs de l'ovaire et en dehors de toute lésion gastrique (Professeur Tixier). Cependant quelques-uns de ces symptômes par leur répétition ou leur netteté donnent l'idée d'une lésion profonde de l'estomac. C'est ainsi que l'on pourra faire préciser à la malade que, depuis parfois longtemps, elle souffre de l'estomac, mais elle négligera de signaler ce fait, car elle est habituée à ces phénomènes douloureux et ce n'est pas cela qui l'inquiète pour le moment, ce sont les troubles de son appareil génital ou l'augmentation de volume de l'abdomen.

On relèvera aussi dans le passé de la maladie des vomissements plus ou moins répétés et abondants. Ils ont souvent diminué au moment où la malade vient consulter, car elle a restreint son alimentation; ces vomissements ont quelquefois contenu du sang, ainsi que les matières fécales, et la recherche du sang dans les selles par les méthodes classiques, qui sera toujours pratiquée, peut y déceler la présence de pigments sanguins. Le chimisme gastrique sera aussi modifié, en montrant la diminution de l'acidité, etc...

Ces symptômes gastriques sont quelquefois très nets, d'autres fois bien moins marqués, mais l'examen de l'estomac va nous déceler d'autres signes. La tumeur ovarienne étant reconnue, uni ou surtout bilatérale, la palpation de l'abdomen va permettre souvent de reconnaître, en dehors de cette masse ovarienne, la présence dans la région épigastrique, un peu à droite de la ligne médiane, d'une tumeur, plus ou moins volumineuse, plus ou moins mobile et facilement délimitée, qui semble indépendante de la glande hépati-

que, dont le bord inférieur ne dépasse pas les fausses côtes. La radioscopie et la radiographie gastriques vont être d'un grand secours en précisant la localisation de cette tumeur sur l'estomac, en révélant les différentes images de la néoplasie gastrique, en particulier l'encoche située dans la région pylorique ou sur la grande courbure ou bien encore tous les signes radiologiques de la linite plastique ou encore ceux de sténose pylorique plus ou moins complète. Dans ce cas d'ailleurs l'examen clinique aurait révélé le clapotage à jeûn, les ondes péristaltiques ou la tension intermittente de l'épigastre... Ces cas répondent à nos observations III et V. De même dans l'observation II de la thèse Gauthier-Villars, c'est la radiographie qui, montrant le « rétrécissement de l'estomac » coexistant avec une tumeur abdominale basse, décida le diagnostic et l'intervention.

L'étude clinique du syndrome de Krukenberg ne se borne pas là, nous devons bien reconnaître que, dans de nombreuses observations de tumeurs de l'ovaire se présentant au chirurgien, il n'existe absolument aucun symptôme clinique permettant de faire penser à une lésion primitive gastrique ou même intestinale. L'aspect macroscopique des tumeurs surtout leur bilatéralité fait naturellement penser à une métastase que confirmera l'examen histo-pathologique. Le cancer de l'estomac reste latent et ne va se manifester que dans les semaines, les mois, parfois les années qui suivent; c'est l'évolution de la maladie qui viendra confirmer le diagnostic porté par l'anatomo-pathologiste. L'ap-

parition dans les suites opératoires de douleurs gastriques plus ou moins marquées, de vomissements souvent hématiques, de mélœnas, de signes de sténose pylorique, tout cet ensemble symptomatique marchant de pair avec des signes de généralisation péritonéale, ascite abondante, se renouvelant rapidement après chaque ponction évacuatrice, va faire conclure à la présence d'un épithélioma gastrique. C'est peut-être le cas de notre observation IV.

Nous faisons cependant de fortes réserves, car le cancer pylorique aurait eu une latence de cinq ans après l'ovariectomie double; peut-être s'agit-il plutôt de l'évolution successive de deux cancers différents.

Inversement quand on a découvert et opéré un cancer gastrique, qui semble bien localisé, que l'examen gynécologique n'a rien révélé d'anormal, peut-on prévoir une métastase ovarienne? Aucun signe ne permet d'entrevoir cette évolution.

Cependant nous rappelons à ce sujet la fréquence assez grande des métastases ovariennes dans les suites évolutives du cancer gastrique et cela surtout chez les femmes jeunes et en pleine période d'activité génitale. C'est pourquoi ces jeunes opérées de cancer ne devront pas être perdues de vue, soit par leur médecin habituel, soit par leur chirurgien, afin de déceler chez elle les premiers signes d'un envahissement pelvien ou ovarien. Cette reconnaissance faite au début a une grosse importance, car il est fort probable, sinon certain, que la suppression des tumeurs ovariennes est

susceptible de retarder beaucoup la généralisation cancéreuse à d'autres organes.

En même temps que l'ovaire le péritoine du cul-de-sac de Douglas peut être envahi sous forme de petits nodules ou de simple infiltration de la séreuse. Ces métastases dans le Douglas seraient même très précoces d'après Rosenstirn. Cet auteur constate en effet par l'examen microscopique de quinze cancéreux cet envahissement dans un tiers des cas, le cancer primitif siégeant en des points variables : 9 fois à l'estomac, 3 fois au foie ou aux voies biliaires, une fois au pancréas et deux fois aux poumons; dans un seul cas il y avait métastase ovarienne. Bardy, dans sa thèse, conclut de même « que ces métastases dans le cul-de-
« sac rectovaginal sont plus fréquentes et plus précoces que celles de l'ovaire ». Pour nous cette opinion semble excessive, au moins cliniquement, car cet envahissement est loin d'être signalé dans toutes les observations. D'ailleurs ces métastases du Douglas ne donnent lieu à aucune manifestation fonctionnelle spéciale, elles seront perçues par le toucher vaginal et rectal, seulement si elles sont volumineuses; elles s'accompagnent d'ailleurs rapidement de métastases ovarienne ou rectale.

L'envahissement du rectum est rare chez la femme (4 fois seulement contre 16 chez l'homme). N'ayant pas eu l'occasion d'en observer nous empruntons à Bardy l'excellente description qu'il en donne. « Au début
« les signes physiques sont absents; seul l'examen mi-

« croscopique de la paroi antérieure du rectum per-
« met d'y reconnaître l'infiltration néoplasique. Les
« premiers symptômes fonctionnels sont la douleur
« manifestée surtout au moment de la défécation et
« une légère constipation. Plus tard la malade éprou-
« ve une sensation de pesanteur, la douleur est con-
« tinue, avec crises paroxystiques pendant la déféca-
« tion, les efforts; elle s'irradie à la région lombaire,
« dans tout le bassin, aux aines, aux membres infé-
« rieurs. La constipation est due surtout à ce que la
« malade évite d'aller à la garde-robe à cause de la
« douleur. En même temps, anorexie, amaigrisse-
« ment.

« Lorsque la tumeur est constituée sans provoquer
« de sténose, le toucher rectal permet de sentir au
« niveau du fond du cul-de-sac vagino-rectal une pla-
« que dure, en chaton de bague, infiltrant la paroi
« antérieure du rectum; cette masse, fixe ou très peu
« mobile, fait saillie dans la lumière rectale et le doigt
« y vient buter. La tumeur est lisse, non ulcérée, elle
« ne saigne pas, ce qui explique chez ces malades l'ab-
« sence d'hémorragie rectale. Il est évident qu'il peut
« y avoir du melœna en rapport avec la tumeur gas-
« trique primitive. La tumeur est très douloureuse.
« La rectoscopie permet de voir que la muqueuse rec-
« tale est intacte, ce que le doigt explorateur avait
« déjà senti.

« Cette métastase peut déterminer une sténose abso-
« lue du rectum; tous les signes physiques d'obstruc-
« tion intestinale apparaissent et si la malade vient

« dans cet état il est impossible de rechercher la tumeur gastrique primitive. »

La coexistence de la grossesse et des tumeurs ovariennes vient compliquer notre étude clinique. C'est là un fait relativement fréquent, puisque Schmidt trouve quatorze tumeurs ovariennes sur quarante-quatre malades atteintes de cancer gastrique associé à la grossesse. Ceci vient encore compliquer le diagnostic déjà souvent si difficile de tumeur gastrique et ovarienne. La généralisation ovarienne pouvant déjà à elle seule simuler tout à fait une grossesse presque normale par l'augmentation de volume progressif de l'abdomen, l'absence fréquente des règles et la présence de vomissements, c'est une erreur qui a été quelquefois commise (Chapman, Schmidt).

Mais nous savons que la grossesse peut coexister : elle ajoute ses signes propres à ceux de la tumeur ovarienne. L'abdomen prend un développement considérable : utérus gravide, tumeur ovarienne, ascite, refoulant en haut les anses intestinales.

L'examen physique va déceler un utérus volumineux dont le fond sera souvent difficile à délimiter au milieu de l'ascite, et à côté de lui dans l'hypocondre une autre masse dure quelquefois plaquée au-devant de lui et souvent prise pour la tête fœtale. L'examen s'attachera à préciser les rapports respectifs de ces deux tumeurs. L'auscultation, à partir de quatre mois et demi seulement, permettra d'entendre les bruits pendulaires du cœur fœtal, mais, dès avant cette période de certitude, l'examen radiographique pourra nous

fixer de façon à peu près absolue sur la présence d'un fœtus *in utero*.

L'évolution de cette grossesse est rarement menée à bien, nous ne relevons que trois cas d'accouchement à terme avec enfant vivant. Le plus souvent la grossesse est interrompue plus au moins tôt, ou bien, si elle évolue, la présence des tumeurs ovariennes peut donner lieu à une dystocie grave, pouvant nécessiter une intervention d'urgence.

Autre éventualité. La malade est enceinte et on constate en même temps une tumeur juxta-utérine qui n'a aucun signe de malignité; quelques vomissements sont attribués à la gravidité. Dans les mois qui suivent l'accouchement, augmentation considérable de l'abdomen, apparition d'ascite, les signes gastriques se précisent : douleur, vomissements, hématomèse.

Ou encore les signes de lésion gastrique cancéreuse se précisent pendant la grossesse et après l'accouchement on assiste à l'évolution d'une métastase ovarienne.

Dans tous les cas la grossesse a ici comme ailleurs cancer du col, tuberculose, cardiopathie, un rôle d'aggravation certain : le fœtus est fortement compromis et le pronostic maternel est fatal à très brève échéance.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic de la maladie de Krukenberg est essentiellement positif.

Tantôt, il est porté d'emblée et avec les plus grandes chances de probabilité quand existent à la fois les signes fonctionnels gastriques et génitaux et que les examens physique ou radiologique confirment l'existence d'une tumeur gastrique et ovarienne uni ou le plus souvent bilatérale.

Tantôt ce diagnostic est fait par étapes.

La malade est opérée de cancer de l'estomac et l'apparition des signes que nous avons étudiés fera affirmer avec certitude la dégénérescence ovarienne, avant même la laparotomie exploratrice, la biopsie et l'examen hispopathologique.

A l'inverse, chez une malade porteur d'une tumeur uni ou bilatérale de l'ovaire et que l'on croit primitive, l'examen complet n'ayant révélé l'atteinte d'aucun autre organe, c'est souvent au cours de la lapa-

rotomie que l'examen complet du tube digestif peut déceler la lésion primitive siégeant le plus souvent sur l'estomac, mais pouvant aussi siéger en un autre point : intestin grêle ou plutôt côlon sigmoïde ou même rectum.

D'autres fois, soit que la tumeur ovarienne soit unilatérale ou bien n'ait pas les caractères morphologiques attribués à la tumeur décrite par Krukenberg, le chirurgien n'explore pas le tube digestif et c'est la réponse du laboratoire d'anatomie pathologique qui vient affirmer la nature métastatique de la néoplasie ovarienne. Ces cas sont loin d'être rares.

En somme, on peut dire que le diagnostic de maladie de Krukenberg est un diagnostic d'ordinaire facile, qu'il soit porté d'emblée ou en deux temps, si la malade est soigneusement interrogée et si elle est soumise à un examen physique complet avant et même pendant la laparotomie.

Mais il existe aussi des cas où l'ovaire est envahi seulement à l'examen microscopique. Schenk et Sitzenfrey ont particulièrement insisté sur ces faits. Le diagnostic clinique est ici naturellement impossible.

Ces cas particuliers mis à part un certain nombre d'erreurs peuvent cependant être commises.

C'est ainsi que certaines malades, présentant un mauvais état général et de l'ascite, revêtent le masque de l'asystolie, surtout s'il existe en même temps une pleurésie droite. L'examen physique ne permet pas longtemps cette erreur.

Nous avons déjà parlé à plusieurs reprises de la grossesse. Dans plusieurs observations, ce fut le diag-

nostic porté même par des médecins. Un examen gynécologique attentif fait rapidement reconnaître que la tumeur sus-pubienne est ovarienne et non pas utérine.

La grossesse extra-utérine avec ses symptômes de tumeur juxta-utérine et souvent d'hématocèle pelvienne pourrait en imposer pour un envahissement du Douglas et une tumeur ovarienne. L'ensemble clinique, retard de règles, métrorragie distillante, crises syncopales est cependant tout à fait différent.

L'erreur avec la péritonite tuberculeuse n'a pas toujours été évitée, surtout si les tumeurs ovariennes sont peu développées, d'autant plus qu'il est fréquent de relever des lésions annexielles dans cette affection, dont le point de départ est la plupart du temps génital. Il est souvent difficile de trancher entre les deux affections si les signes gastriques sont latents ou peu manifestes. Cependant l'évolution rapide de l'ascite, l'accroissement des tumeurs mieux perçues à des examens ultérieurs viendront lever les doutes. L'erreur n'est parfois découverte qu'au cours d'une laparotomie exploratrice.

La torsion d'une tumeur bénigne simple s'accompagnant d'ascite pourrait être prise pour une tumeur maligne.

La tumeur ovarienne a quelquefois fait penser à un néoplasme utérin, si les hémorragies sont abondantes ou encore à un volumineux fibrome du fond. L'examen physique doit éliminer ces affections par la découverte du fond utérin. Le toucher vaginal en position de Trendelenburg rend grand service en ces cas dou-

teux, en mobilisant les tumeurs ovariennes et en démasquant l'utérus de volume normal et dont elles sont indépendantes.

Un autre diagnostic à discuter est celui de pyosalpinx bilatéral en présence d'une malade qui a de la température. Nous avons déjà insisté sur la présence à peu près constante de température, même élevée, dans les tumeurs de l'ovaire. La présence de température peut exister en dehors de toute infection salpingienne; c'est encore ici l'examen physique qui tranchera la question.

Ces différents diagnostic ne se posent d'ailleurs que si les signes génitaux ou ovariens sont au premier plan; c'est le diagnostic différentiel des tumeurs primitives de l'ovaire. La tumeur ovarienne étant reconnue, il reste encore à découvrir la lésion gastrique. Nous ajouterons que ce diagnostic ne doit pas seulement se discuter en présence d'une tumeur solide de l'ovaire, c'est quelquefois une tumeur liquide, un kyste qui est le siège de dégénérescence secondaire et même dans ce cas l'examen complet de la malade doit être pratiqué.

Les métastases rectales ont parfois été prises pour un cancer du rectum (obs. II de Schnitzler, qui dut faire une gastroentérostomie six mois après avoir enlevé le rectum). La scène fonctionnelle est identique : ténesme, épreintes, douleur à la défécation, constipation, mais pas d'hémorragie dans la simple métastase, tandis que le cancer du rectum est rarement limité à la paroi antérieure seule et qu'il est ulcéré. Ici, le doigt explorateur ramène du sang, et les hémorra-

gies rectales sont fréquentes. La rectoscopie montre une muqueuse irrégulière, fongueuse, ulcérée.

L'erreur peut encore être commise avec une affection inflammatoire des annexes infiltrant le douglas. L'envahissement de la paroi rectale coïncide d'ailleurs avec les tumeurs ovariennes ; mais il faut savoir également que le cancer du rectum lui-même peut être le point de départ de la métaplasie ovarienne, les deux affections pouvant coexister.

Dans les cas où on arrive au diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire et où l'on constate par ailleurs une tumeur épigastrique accompagnée de peu de troubles du côté de l'estomac, peut-on dire que cette tumeur est un cancer de l'estomac ?

Nous savons que les tumeurs simples non métastatiques de l'ovaire peuvent donner lieu à des troubles gastro-intestinaux assez marqués, sans lésion organique de l'estomac. Nous savons aussi que le cancer gastrique non orificiel est d'une latence clinique désespérante ; la connaissance de cette tumeur ne sera rapportée à l'estomac que si le chimisme gastrique montre les troubles de fonctionnement de ce dernier ou encore si la radioscopie ou la radiographie décèle à son niveau l'encoche ou la tâche grise caractéristique. Même dans ces cas, la tumeur peut être constituée par un envahissement de l'épiploon qui vient s'agglutiner au contact de la grande courbure (obs. VIII) ; mais la grande courbure elle-même est le plus souvent envahie, si elle n'est pas le point de départ de l'affection. La constatation de noyaux épiploïques est bien difficile à rapporter à l'estomac, ils peuvent tra-

duire une simple généralisation péritonéale. La présence d'ascite vient souvent estomper les sensations de la palpation, et, dans ces cas, c'est seulement la laparotomie exploratrice qui viendra confirmer ou infirmer la présence de la tumeur gastrique.

Le diagnostic s'attachera encore à préciser les conditions d'opérabilité. Nous y reviendrons plus loin, au moment des indications thérapeutiques.

CHAPITRE VIII

Evolution, résultats

L'évolution se fait toujours vers la mort, à plus ou moins brève échéance. La malade va présenter une cachexie de plus en plus accentuée, avec des troubles digestifs vagues ou des signes de sténose gastrique, et l'ascite apparaît ; douleurs le plus souvent gastriques en même temps que génitales, irradiées au péroné, aux membres inférieurs, signes de compression des organes pelviens ; parfois apparition d'autres métastases, surtout à la plèvre, venant aggraver encore la situation. Ailleurs, seuls les signes gastriques occuperont la scène clinique ou, inversement, les signes abdomino-génitaux, et la lésion secondaire ou primitive sera une découverte d'autopsie.

Cette évolution est assez rapide et dépasse rarement une année. Au contraire, l'intervention chirurgicale a, de son côté, quelques cas de survie assez longue, mais ils sont bien rares. Hofmeier, au Congrès de Kiel, en 1905, ne relevait qu'un cas de Pfannenstiel

avec survie pendant 4 ans et demi, et un cas de Fritsch après 6 ans, auxquels s'ajoutent, depuis, un cas de Tauffer, où la malade est restée guérie après 12 ans.

Dans l'ensemble, les résultats sont bien médiocres. Beaucoup de malades, surtout dans les premières interventions qui furent pratiquées, sont mortes pendant les jours qui ont suivi l'opération. D'autres guérissent opératoirement, rentrent chez elles et sont perdues de vue. Il semble que si le cancer primitif a été enlevé le premier, la métastase ovarienne indique la généralisation cancéreuse et soit de bien mauvaise augure. Toutefois, c'est encore dans ces cas, et surtout si la métastase ovarienne est tardive (1 an ou 2 ans), que la deuxième intervention donne les meilleurs résultats.

Au contraire, si la tumeur ovarienne se manifeste cliniquement la première, son ablation est souvent suivie rapidement de l'apparition de troubles digestifs graves ou de reproduction de l'ascite, qui entraînent rapidement la mort.

Les cas où les malades ont pu être opérées simultanément ou à peu d'intervalle de leurs deux cancers sont trop peu nombreux pour permettre une appréciation.

Le pronostic des tumeurs ovariennes est impossible à faire cliniquement et même anatomopathologiquement. Il faut être toujours très audacieux et très interventionniste, car on a parfois des surprises heureuses et vraiment extraordinaires.

CHAPITRE IX

Thérapeutique

En 1921, Metzger relevait 31 observations où le traitement chirurgical avait été appliqué. Le plus souvent, 17 fois sur 31, la première intervention a été une pylorectomie ou une gastrectomie, et le cancer ovarien fut enlevé secondairement; six fois l'ovariotomie est pratiquée d'emblée, l'estomac ne subissant qu'une opération palliative; six fois seulement l'intervention d'ovariectomie et de gastrectomie fut faite dans une même séance. Les autres interventions concernent l'intestin ou les voies biliaires.

Dans l'état actuel de nos connaissances, le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. Il est seul susceptible d'enrayer momentanément une évolution toujours fatale. Le traitement médical ou par les agents physiques ne donne pas de résultats. Les méthodes thérapeutiques mises à notre disposition sont multiples.

La méthode radicale consiste dans l'ablation simul-

tanée des deux cancers gastrique et ovarien. Du côté gastrique, c'est la résection large de la tumeur et des ganglions par les procédés classiques : Bilroth ou Polya. Du côté ovarien, l'ovariectomie double est insuffisante ; c'est l'hystérectomie qu'il faut pratiquer, et ici plus qu'ailleurs l'hystérectomie totale, s'il est vrai que le col utérin lui-même est souvent envahi et peut donner lieu à une récurrence s'il est laissé en place. C'est une opération souvent étonnamment facile ; les tumeurs ovariennes étant la plupart du temps très mobiles, non adhérentes et s'énucléant de l'abdomen le plus simplement. Dans de rares cas, ces deux opérations ont été faites simultanément ; le plus souvent elles sont faites en deux temps : gastrectomie d'abord et hystérectomie totale ensuite. Nous signalons la variante apportée par Hartmann : dans un premier temps et dans la même séance, castration abdominale totale et gastroentérostomie postérieure, et un mois plus tard pyloréctomie. Il est évident que l'on a tout intérêt à pratiquer l'ablation simultanée ou très rapprochée des deux tumeurs, afin d'éviter l'évolution, soit de la métastase, soit de la tumeur primitive. Mais l'une seule de ces interventions est par elle-même assez choquante et grave, et souvent l'état de la malade ne permet pas au chirurgien la double exérèse qu'il serait tenté de faire.

Etant donnée la fréquence de la localisation ovarienne dans l'évolution du cancer gastrique, Schenk et Sitzenfrey ont préconisé la castration systématique et en même temps la résection de l'épiploon chaque fois que l'on opère un cancer de l'estomac chez une

femme jeune, et ils apportent à l'appui de leurs idées les cas d'envahissement microscopique d'ovaires ou d'épiploons jugés sains au cours de la laparotomie.

Rosenstirn va même plus loin : ce ne sont plus seulement les ovaires et l'épiploon que l'on devrait enlever, mais également le péritoine du cul-de-sac de Douglas, dont l'envahissement serait plus précoce et plus fréquent.

Ces méthodes prophylactiques méritent bien d'être prises en considération ; les observations publiées à ce sujet ne sont pas assez démonstratives. Au moment où la gynécologie tend à être de plus en plus conservatrice chez la femme jeune, doit-on castrer systématiquement, de façon préventive, toute femme encore jeune à qui on fait la gastrectomie ? L'ovariectomie n'est pas sans danger, mais on ne saurait peut-être blâmer le chirurgien qui suivrait ces méthodes ; cependant nous avouons que nous y souscrivons difficilement. Nous voulons bien enlever les ovaires et même l'utérus, mais il faut qu'ils présentent quelques signes d'altération.

Naturellement, c'est le devoir du chirurgien d'examiner les ovaires au cours de la laparotomie pour résection gastrique : s'ils paraissent sains, on les laissera en place. Mais la malade guérie opératoirement ne sera pas perdue de vue, et, au moindre signe clinique de dégénérescence ovarienne, la castration abdominale totale sera tentée.

Gastrectomie et castration totale en un ou deux temps sont les méthodes de choix et s'appliqueront

toutes les fois qu'elles seront possibles, que les lésions anatomiques en permettront la réalisation.

La castration totale est presque toujours facile. C'est le plus souvent du côté gastrique que viendra la difficulté, et on sera souvent obligé de se contenter d'une gastroentéroanastomose, au bouton de Jaboulay ou à la suture, pour lever l'obstacle pylorique. Evidemment, les résultats seront beaucoup moins bons dans ces cas, puisque la tumeur reste en place et va continuer son essaimage ; de même, si au lieu de la castration abdominale totale, on doit pratiquer une simple ovariectomie.

Ce sont là évidemment des méthodes palliatives qu'on essaiera cependant avant de recourir aux médications symptomatiques, telles que ponctions d'ascite plus ou moins fréquentes...

L'indication opératoire générale reste soumise à ce fait qu'il n'y ait pas de métastase sur d'autres organes ou même un envahissement important du péritoine. Souvent la laparotomie seule peut en décider, et elle sera toujours pratiquée, contrairement à l'opinion de Lapointe qui reste partisan de toute abstention opératoire quand une femme, gastrectomisée pour cancer, se présente de nouveau avec des signes de métastase ovarienne. Nous avons même vu au cours de l'évolution que ce sont là les cas les plus favorables, et le chirurgien n'a pas le droit de refuser d'opérer de telles malades, en ayant pris la précaution de prévenir leur entourage de la gravité de l'acte opératoire qu'il va entreprendre.

En résumé, la thérapeutique chirurgicale est la

seule qui puisse enrayer l'évolution de la maladie de Krukenberg ; les méthodes de choix seront appliquées le plus souvent possible. Cela dépend des signes cliniques et anatomiques découverts au cours de la laparotomie exploratrice.

L'exploration des annexes doit être la règle au cours d'une laparotomie pour gastrectomie chez une femme jeune, et, inversement, l'examen du tube digestif et en particulier de l'estomac sera pratiqué en présence d'une tumeur bilatérale solide ou même liquide des ovaires. Suivant les lésions constatées et la résistance physique de la malade, leur ablation sera pratiquée en une seule ou deux séances opératoires. Nous ne nous croyons pas autorisés à pratiquer la castration systématique, ainsi que la résection de l'épiploon ou du péritoine du Douglas. A défaut d'opération radicale, la laparotomie exploratrice, avec les précautions indiquées, sera toujours de mise, et c'est suivant ces données que le chirurgien pourra pratiquer une intervention palliative, la plupart du temps suivie d'amélioration ou de soulagement dans l'état de ces malades.

Conclusions

I. — Les métastases ovariennes sont relativement fréquentes au cours de l'évolution du cancer gastrique.

II. — Elles sont surtout fréquentes pendant la période d'activité génitale de la femme. Le caractère secondaire de ces tumeurs est actuellement généralement admis.

III. — Cliniquement, elles sont nettement secondaires au cancer gastrique ; d'autres fois elles évoluent en même temps que lui et risquent de retenir à elles seules l'attention ; parfois encore elles évoluent longtemps comme des tumeurs primitives.

IV. — Le diagnostic peut être facile dans certains cas, si on y pense et si on pratique tous les examens nécessaires ; impossible dans certains cas.

V. — En présence de ces faits, une règle s'impose : chez une malade atteinte de cancer gastrique, on doit pratiquer systématiquement le toucher vaginal et rec-

tal, et inversement en présence d'une tumeur bilatérale des ovaires ou même de certains kystes, rechercher un cancer gastrique primitif.

VI. — Les métastases ovariennes sont le plus souvent des tumeurs bilatérales solides et présentent le type de la tumeur décrite par Krukenberg ; mais toute tumeur de l'ovaire, en particulier les kystes, peuvent présenter des greffes dont le point de départ est un cancer gastrique primitif.

VII. — Histologiquement, la tumeur de Krukenberg, épithélioma à cellules mucipares isolées ou en îlots, cellules en chaton de bague, se rencontre moins souvent que l'épithélioma à type glandulaire rappelant le type du cancer gastrique primitif.

VIII. — La propagation des cellules cancéreuses gastriques se fait très vraisemblablement par la voie péritonéale indiquée par Krause.

IX. — L'évolution du cancer secondaire de l'ovaire est fatale à plus ou moins brève échéance. Seul le traitement chirurgical peut apporter des rémissions de quelque durée.

X. — Le traitement idéal consiste dans l'ablation simultanée ou très rapprochée des deux tumeurs gastrique et ovarienne : gastrectomie d'un côté, hystérectomie totale de l'autre.

XI. — Si cela est impossible, la laparotomie exploratrice sera toujours tentée et permettra des interventions palliatives : gastroenterostomie, ovariectomie, etc...

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER,
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 10 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- ALBERTIN. — Fibrosarcome de l'ovaire. *Société de Chirurgie de Lyon*, 18 juin 1908. — Discussion L. Tixier. *Lyon Chirurgical*, 1913, p. 573.
- ALFIERI. — Sarcocistocarcinoma del ovario. *La Ginecologia*, 15 juillet 1909, T. 6, p. 13.
- AMADOU. — Le cancer de l'ovaire. *Thèse Montpellier*, 1919, N° 25.
- AMANN J.-A. — Uber secundare avoriantumoren. *Munchner Méd. Wochenschrift*, 1905, N° 50, p. 2414.
- *Congrès de Kiel*, 1905.
- Weitere Beobachtungen von secundären ovarialtumoren. *Monat f. Geb. u. Gynäk*, 1906, T. 24, p. 397.
- *Centralblatt für Gynäk*, 1910, p. 1635 et 1912, p. 1224.
- AMANN. — Kurzgefasstes Lehrbuch der microscopischen Gynœkologischen Diagnostic. *Wiesbaden*, 1897, p. 156.
- AMANN Junior. — Ueber Avarialsarkome. *Archives f. Gynk*, 1894, T. 46, 53, p. 484.
- AMBREICH. — *Société Gynécologie et Obstétrique de Vienne*, 1925. — *Archives f. Klinische Chir.*, 1926.
- APELT. — Ueber die endotheliome des ovariums. *Beiträge z. Geb. u. Gyn. Hegar's Beiträe*, 1901, t. 5, p. 367.
- ARZT. — *Zeitsch. f. u. Gyn.*, T. 45.
- BABES et Mme PANTZLAZARESCU. — Etude sur l'origine de la tumeur de Krukenberg de l'ovaire. *Gynécologie et Obstétrique*, 1930, T. 21, N° 6, p. 465.
- BAUMGARTEN. — *Zent. f. Pathol. Anat.*, 1906, p. 108.
- BARDY. — Les métastases pelviennes des cancers de l'estomac. *Thèse d'Alger*, 1913, N° 3.

- BASTIANELLI. — Le cancer secondaire de l'ovaire. *La Clinica Chirurgia*, 1914, t. 22, N° 4.
- BEGOUIN et BARDIN. — Cancer de l'estomac et des ovaires. *Soc. Obstétrique et Gynécologique de Bordeaux*, 24 mars 1924.
- Tumeurs de l'ovaire et péritonite. *Soc. Obstétrique de Bordeaux*, 1920, N° 4.
- BELOZOR. — *Vratch Gazet Pétrograd*, 1921.
- BENTKOVSKI. — Contribution à l'étude du cancer de l'ovaire (3 observations du Professeur Tedenat). *Thèse Montpellier*, 1920, N° 88.
- BERIEL. — *Eléments d'Anatomie Pathologique*. Paris, Steinheil 1910, p. 496.
- BIRCHER. — Combination von Ovarialcarcinomen mit anderen Geschwülsten (Multiplicität der Genitaltumoren) *Arch. f. Gynäk*, 1908, T. 85, f. 2, p. 435.
- BLAND SUTTON. — On secondary (Métastatic) carcinoma of the ovary. *British Medical Journal*, 26 Mai 1906, p. 1216.
- Cancer of the ovary. *British Medical Journal*, 4 janvier 1908, p. 5.
- BODE. — *Centralblatt f. Gynäk*, 1895, p. 656 et 1896, p. 45.
- BOECKEL. — *Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie Toulouse*, 1910.
- BONDY. — *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1914, T. 39, p. 350.
- BONGARTZ. — *Thèse Wurzburg*, 1913.
- BORRMANN. — Das Wachstum und die Verbreitung des Magencarcinom. *Thèse Iéna*, 1901.
- BORST. — *Thèse Wurzburg*, 1897.
- BOUCHUT et MORENAS. — Cancer de l'estomac et cancer des ovaires. *Société Méd. Hôp.* 1^{er} mai 1923, in *Lyon Médical*, 1923, p. 928.
- BOURGOIN. — Etude clinique de quelques tumeurs de l'ovaire à évolution lente. *Thèse Paris*, 1893-94.
- BRET et PAVIOT. — *Revue de Médecine*, 1894, p. 394.
- BRINTON. — Krankheiten des Magens. *Wurzburg*, 1862.
- BROUHA. — Contribution à l'étude des endothéliomes de l'ovaire. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie*, 1900, p. 435.
- BRUCKNER. — Le l'endothélisme de l'ovaire. *Revue de Gyn. et de Chir. Abd.*, 1901, p. 459.

- BRUNHS. — Ueber die Lymphgefäße d. Weibl genitalen. *Archives f. Anat. u. Phys.*, 1898, p. 57.
- BUCHER. — Beiträge zur lehre carconon. *Beiträge z. Pathol. Anat. u. Zurallgs Path.*, 1899, 64, p. 71.
- BUDAY. — *Pester Med. u. Chir. Presse*, 1900.
- BURCKHARD. — Ueber Cystische Eierstockstumoren endothe-
lialer natur. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, T. 40, p. 253.
- BURDINSKI. — Journal Russe de Gynécologie, in *Centrablatt Gyn.*, 1908, p. 410.
- CANTONI. — Les tumeurs malignes de l'ovaire. *Annali di Gine-
cologia*, Milan, 1920, N° 10.
- CAMERON. — *British Medical Journal*, 1925, p. 285.
- CAVOUR. — Métastases multiples osseuses èt viscérales dans
un cas de carcinome primitif de l'ovaire gauche.
L'Obstétrique, 1920, T. I, p. 70.
- CARMALT. — *Wirshow's Archiv.*, 1872, T. 55, p. 481.
- CHALIER et MONDOR. — *Le Cancer du rectum. Bibliothèque du
Cancer.*
- CHAPMANN. — *Surgery Gynec. and Obst.*, 1920, p. 31.
- CHENOT. — Néoplasmes de l'ovaire. *Thèse Paris*, 1910-11.
- CHIARI. — Hämatogène Néoplasmamétastasen in Weiblichen
Genitalapparat. *Wiener Klinisch Wochensch.*, 1905,
T. 9, p. 90.
- CLAVEL. — Tumeur papillaire double des ovaires. *Lyon Médica-
l*, 1928, T. I, p. 378.
- COHN (Ernst). — Die besartigen Geschwulste der Eierstöcke.
Zeitsch f. Geb. u. Gyn., 1886, T. 12, p. 14.
- COHN (Frantz). — *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1910, T. 31,
p. 333.
- CONHEIM. — Krebsmétastasen des Magens. *Wirchow's Archi-
ves*, Berlin, 1867, T. 38, p. 142.
- Vorlesungen über allgemeine pathologie. *Berlin*, 1877,
T. I, p. 670.
- CONDAMIN. — *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 1903, p. 114 et 137.
- CONDAMIN (F.). — Un nouveau cas de maladie de Krukenberg.
Présentation de malade. *C. R. Soc. Nat. Méd. de Lyon*.
10 janvier 1927. In *Lyon Médicol*, 1927, p. 453.
- CREYSEL. — Voir J.-F. Martin.
- CRUVEILHIER. — *Anatomie Pathologique*, Paris, 1864, T. 5,
p. 75.

- DAMBRIN. — *Congrès de Gynécologie Toulouse, 1910.*
- DARABAN et G. IONITZESCU. — Un cas de cancer secondaire de l'ovaire, type Krukenberg. *Gynécologie si Obstétrica*, Bucarest, 2 janvier 1929, N° I, p. 12.
- DARTIGUES. — Etude étiologique des tumeurs solides de l'ovaire. *Thèse Paris, 1899.* — *Revue de Gynécologie*, 1899, p. 601 et 793.
- DELORE (X.). — Discussion Tixier, in *Lyon Médical*, 1909, N° 10, p. 505.
- DENGG (Max). — *Thèse Wurzburg, 1917.*
- DERS. — *Monat f. Geb. u. Gyn.*, 1919, T. 50, p. 49.
- DESURMONT. — Etude Anatomique des Tumeurs solides bilatérales des ovaires. *Thèse Paris, 1911-12, N° 100.*
- DITTRICH. — Die Krebsiege erkrankungen des Magens. *Prager Wiertelpahrschrift*, 1848, T. I, p. 1.
- DIXON JONES (Mary). — A triterts undescribed disease of the ovary. *New-York Medical Journal*, 28 sept. 1889.
- DOBRATWORSKI (Marie). — Contribution à l'étude des tumeurs solides bilatérales des ovaires. *Thèse Paris, 1902-03.*
- DREYFUS. — Tumeurs malignes primitives de l'ovaire. *Thèse Paris, 1906-07.*
- DUJARIER et TIBOUS KHAN. — Carcinomes ovariens bilatéraux. *Soc. Anatomique, 1920.*
- DUROSELLE. — Un cas de cancer métastatique des ovaires, consécutif à un cancer gastrique. *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 18 mars 1927.
- EISELBERG. — Zur Casuistik der resectionen und entéroanastomosen am Magen und Darmcanale. *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1897, T. 54, p. 568.
- EMANUEL. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, T. 27, p. 62.
- ENGELHARD. — Zur diagnose der ovarialtumoren. In *Diss. Iéna*, 1888.
- ENGELHORN. — Ubas das Gleichzeitige Vorkmen von malignen ovarialtumoren und Magenkarzinom. *Beitrage z. Geb. u. Gyn.*, 1907, T. 2, p. 289.
- ESPELET (Joseph). — De l'endothéliome de l'ovaire. *Thèse Bordeaux, 1906, N° 121.*
- EULENBURG. — Article Eirstock in *Encyclopédie*, 1886, T. 5, p. 700.

- ETIENNE. — Le cancer primitif de l'ovaire. *Revue de Gynécologie*, 1913, p. 225.
- FAIRISE et HEULLY. — Deux cas de deux néoplasmes métastatiques des ovaires. *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} avril 1913.
- FAURE et SIREDEY. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*.
- FAURE (J.-L.). — *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1910.
— *Congrès de Gynécologie Toulouse*, 1910.
- FERRONI (E.). — Sarcoma dell' intestino e tumore maligno metastatico dello ovario. *La Ginecologia*, 1906, T. 15, p. 449.
- FISCHER. — In *Diss. Munich*, 1909.
- FISCHER, DEFOY et LUBARSCH. — *Ergb. der Allg. Path.*, 1904, T. 10, p. 69.
- FLAISSIER. — Contribution à l'étude de la coexistence du cancer double de l'ovaire et du cancer de l'estomac. *Thèse Lyon*, 1908-09, N° 125.
- FLESCHMANN et TEMESVARY. — *Central blatt f. Gynäk*, 1896, p. 882.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*, 1927, p. 842.
- FOULKROLD. — Report of a case of Krukenberg tumor of the ovaries. *American Journal of Obst.*, 1916, T. 74, p. 657.
- FRANKENTHAL. — *Beitrage zur Kl. Chir.*, 1921, T. 123, p. 69.
- FRANKL. — *Arch. f. Gyn.*, 1920, T. 113, N° 1, p. 3.
— *Med. Klinik*, 1922, N° 28, p. 885.
- FREUND. — Über die Behandlung Secundare eirstocksgeschwülste. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, 1869, T. 17, p. 140.
- FRITSCH. — *Maladie des Femmes*, Traduction Stas, Paris, 1902.
- FROMME. — *Congrès de Kiel*, 1905.
- FUCHS. — *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1909, T. 25, p. 72.
— Cancer métastatique des deux ovaires coïncidant avec une grossesse. *Nord, d. Gesel. f. Gynak*, 25 nov. 1911.
- GAUTHIER-VILLARS (Paulette). — Contribution à l'étude des métastases ovariennes des épithéliomas digestifs. *Thèse Paris*, 1927.
— *Annales d'Anatomie Pathologique*, 1928, T. 5, N° 1.
- GEIPEL. — Dermoid Kompliziert durch Karzinomatose degeneration. *Centralblatt f. Gyn.*, 1906, N° 34, p. 958.

- GENERISCH. — *Virchow's Archives*, 1891, p. 126.
- GLEIZE, RAMBALL et J.-P. ROBERT. — *C. R. de la Soc. de Biologie*, 13 mars 1925.
- GLOCKNER. — *Centralblatt f. Gynak*, 1903, p. 802.
- *Arch. f. Gynak*, 1904, T. 72, p. 410.
- *Arch. f. Gynak*, 1905, T. 75, p. 48.
- GOLDENBERG. — Beitrage zur frage der primaren multiplen bosartigen nunbildungen. In. *Diss. Giessen.*, 1903.
- GOBIET. — *Wiener klin. Wochensch.*, 1909, N° 4, p. 121.
- GODART. — Endothéliomes des ovaires. *Mouvement Hygiène Bruxelles*, 1903, p. 169.
- GOODALL. — *Surgery Gyn. and Obst.*, Mars 1920, T. 30, p. 69.
- GORDON. — *American Journal of Obst. and Gyn.*, 1924, T. 8, p. 120.
- GOTTSCHALE. — Metastatisches Ovarial Karzinome bei primarem pylorus karzinome. *Centralblatt f. Gynak.*, 1901, p. 1287.
- GOULLIoud. — Cancer de l'ovaire et cancer de l'S iliaque. ablation des deux tumeurs. *Soc. Chir. Lyon*, 1902, p. 123.
- *Revue de Gynécologie*, 1902.
- Du cancer de l'ovaire au cours de l'évolution des cancers de l'estomac, de l'intestin et des voies biliaires. *Soc. Chir. Lyon*, 20 décembre 1906. — In *Lyon Medecal*, 1907, N° 10 et 11, p. 473, 501 et 559.
- *Revue de Gynécologie*, 1907, p. 195.
- Discussion Tixier, in *Lyon Médical*, 1909, N° 10, p. 505.
- GRAEFE. — Brichte aus Gynakologyschen Gesellschaften. *Centralblatt f. Gyn.*, 1924, p. 679.
- GRAWITZ. — Uber Krebsmetastasen in Magen. *Virchow's Arch.*, 1881, T. 86, p. 159.
- *Deutsche Med. Wochensch.*, 1907, T. 3, p. 99.
- GRIFFON et LEVEN. — Cancer des voies biliaires justa-hépatiques généralisé au péritoine et aux deux ovaires. *Soc. Anatomique*, 24 fév. 1899, p. 202.
- GUINARD (Aimé). — *Soc. Chirurgie de Paris*, 14 janvier 1903.
- GUINARD (Urbain). — *Thèse Paris*, 1897-98.
- HAACKE. — Uber Geschwulstbildung der Endothelialen Ursprungs in einen ovarialkystom. In. *Diss. Halle*, 1901.

- HABERLIN. — Verbreitung und Aetiologie des Magen Krebses.
Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin., 1889, T. 44, p. 460.
- HALLER. — *Bulletin et Mémoires Soc. des Chirurgiens de Paris*,
1927, p. 143.
- HALTER. — Metastatisches portiokarzinome. *Centralblatt f. Gynak.*, 1926, p. 2269.
- HANSEMAN. — Die gleichzeitige Vorkommen verschiedener Geschwülste. *Zeitsch f. Krebs. Iéna*, 1904, T. I, p. 10.
- HARBIT. — *Beitrage zur Path. Anat. u. Allg. Pathol.*, 1916, T. 62, p. 410.
- HARTMANN. — Pylorectomie pour cancer de l'estomac. Hystéro-ovariectomie 3 mois après. *Annales de Gynécologie*, mai 1905, p. 282.
- *Congrès de Gynécologie Toulouse*, 1910.
- *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, oct. 1910, p. 599.
- HARTMANN et METZGER. — *Paris Médical*, 1911, p. 409.
- HEINE. — Über solide ovarialtumoren. In *Diss. Erlangen*, 1894.
- HELD SELM A. — In *Diss. Liepsig*, 1912.
- HEMPEL. — *Arch. f. Gyn.*, 1875, T. 7, p. 142.
- HERMANN. — *Thèse Fribourg*, 1914.
- HERTZ. — Ein fall von Sarcom beider ovarien. *Virchow's Archiv*. 1905, t. 36, p. 97.
- HINTERSOISSER. — *Arch. f. Gynak.* 1923, t. 120.
- HOFMEIER. — *Congrès de Kiel*, 1905.
- Verhandlungen der deutschen. *Gesel. f. Gynak. Leipzig* 1906, p. 262.
- HORNUNG. — Berichte aus Gynakologischen Gesellschaften. *Centralblatt f. Gynak.* 1924, p. 583.
- HUSSY. — *Hégar's Beitrage zur. geb. u. Gyn.* 1911, t. 16, p. 480.
- HUTCHINSON. — *Philadelphie Médical Times*, 13 avril 1871, t. 1, p. 69.
- JOHANNOVSKY. — Zwei fälle von Carzinome ovari bilatérale. *Prog. Med. Woch.* 1877.
- JACOBSON. — In *Diss. München* 1913.
- JACOBY. — Über doppelstige myome der eirstocke bei Gleichzeitigen. In. *Diss. Greifswald* 1890.

- KARPELER. — Meine erfahrungen uber magenresection wegen carzimome. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.* 1902, t. 14, p. 247.
- KAUFMANN. — Uber multiplisitat des primarem carzinome. *Virchow's Archiv.* 1879, t. 75, p. 317.
- Lerhbuch der Speciellen Pathologischen Anatomie. Berlin 1901, p. 301.
- KAUL. — Uber ein fall von secundaren ovarial karcinome. *In Diss. München* 1906.
- KAYSER. — *Berlinen Klin. Wochensch* 1902, n° 36.
- *Arch. f. Gynak.* 1903, t. 68, p. 576.
- KEHRER. — Métastatische ovarial karzinome. *Münsch. Med. Woch* 1903, t. 2, p. 1853.
- Die Physiologischen und Pathologischen Beseihungen der Weibl sexualorgane z. Tractus intestinal. *Berlin* 1905, p. 196.
- KLEISSMANN. — Les cancers métastiques de l'ovaire. *Journal Akoucherstva, Jenskich Boloznei* 1911, t. 4, p. 26.
- KOESTCHAU. — *Centralblatt f. Gynak.* 1896, n° 46, p. 310.
- KOCHER. — *Deutsch Med. Wöchensch* 1899.
- KOTTLMANN. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1916, t. 69, p. 211.
- KOVACZ. — Die Schilddrüsengeschwalst des Ovariens. *Centralblatt f. Gyn.* 1925.
- KRATZENSTEIN. — *Zeitsch f. Geb. U. Gyn.* 1901, t. 36, p. 61.
- KRAUSE. — Uber das Zusammenkommen dur Krebsmetastaten in Ovarium. *Monat f. Geb. u. Gyn.* 1901, t. 14, p. 1.
- KROPEIT. — *In. Diss Koenigsberg* 1901.
- KRUGER. — *Deutsch Med. Wochs.* 1910, n° 6, p. 53.
- KRUKNEBERG F. — Fibrosarcoma carcinomatodes. *Arch. f. Gynak.* 1896, t. 50, pp. 287-294 et 313.
- Beitrage Z. Kenntniss der Perithélioma ovarii. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.* 1899, t. 41, p. 473.
- KRUKENBERG R. — *Arch. f. Gyn.* 1899, t. 50.
- KROENLEIN. — *Korrespondenzblatt f. Schweizerärzte*, t. 21.
- KUBO. — Uber das Lymphangioendothelioma ovarii. *Arch. f. Gynak.* 1912, t. 87, p. 664.
- KUTTLOFF. — *In Diss. Erlangen*, 1912.
- KUSTER. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 1911, t. 58, p. 357.
- KUSUDA. — Statistischer und Pathologisch, Anatomischer. Beitrag. sür Kenntenis der ovarialtumoren. *Arch. f. Gynak.* 1925, t. 24, p. 662.

- LADOUCE. — Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire. *Thèse Paris* 1890.
- LAMPARTER. — Uber Combination maligner ovarialtumoren mit magenkarzinome. *In. Diss. Tubingen* 1901.
- LANGE. — Uber den Magenkrebs und seine Matastasen. *In. Diss. Berlin* 1877.
- LANGLAIS. — Cancer de l'estomac à marche lente. *Lyon Médical* 1902, t. 1, p. 864.
- LANNOIS. — Cancer simultané du pylore et des ovaires. *Lyon Médical* 1896, t. 83, p. 519.
- LANNELONGUE. — *Gazette Hebd. de Médecine et de Chirurgie Paris*, 1898.
- LAPOINTE. — Cancer de l'ovaire secondaire à un cancer de l'estomac. *Bull. et Mémoires Soc. Chir. de Paris* 1927, 30 novembre, p. 1336.
- LARNAUDIE. — *Thèse Montpellier*, 1891.
- LAROYENNE. — Double sarcome de l'ovaire. *Provence Médicale* 1893, n° 13.
- LAROYENNE. — Séméiologie du douglas, *Thèse Lyon*, 1902.
- LAROYENNE et BOSQUETTE. — Coexistence d'un néoplasme des ovaires et d'une néoplasme de l'estomac. *Soc. Sciences Médicales Lyon* 17 juin 1908, in *Lyon Médical* 1908, n° 44, p. 714.
- LE CORNU. — *Presse Médicale* 1902.
- LE DENTU. — Epithélioma de l'ovaire droit. Epithélioma de l'intestin grêle. *Soc. Chirurgie de Paris*, 1901, pp. 351 et 628.
- LEJARS. — Les signes à distance des cancers abdominaux. *Semaine Médicale*, 20 juillet 1911, n° 29, p. 340.
- LENORMANT. — Les métastases pelviennes des cancers de l'abdomen supérieur. *Presse Médicale*, 29 octobre 1910, p. 810.
- LEOPOLD. — Die Soliden eirstocksgechwulste. *Arch. f. Gynak.* 1874, t. 6, pp. 188 et 248.
- LERICHE. — Des résections de l'estomac pour cancer. *Thèse Lyon* 1905-06.
- LEROUX et GUERIN. — Epithélioma mucoïde de l'estomac avec double métastase ovarienne. Syndrome de Krukenberg. *Soc. Anatomique Paris*, mars-avril 1929.

- LESSING. — Metastasierung beim primären und sekundären ovarialkarzinome. Zugl. ein Betrag zur Kasuistik multipler, maligner Neoplasmen. *Arch. f. Gynak.* 1922. t. 116, p. 621.
- LEVI et CLAUDE. — Cancer colloïde du pylore. Résection stomacale. Récidive au bout de huit mois. Généralisation au péritoine et aux ovaires. *Soc. Anatomique*, mai 1895, p. 437.
- LEWISHON. — *Berl. Klin. Wochs.* 1909, n° 24, p. 437.
- LINCK. — Ein Fall v. endothelioma lymphaticum kystomatum beider ovarien. *In. Diss. Königsberg* 1900.
- LITIVACK. — *In. Diss. Berlin* 1914.
- LOCKYER. — *Trans. of. the Obst. Soc. London* 1904, t. 46, pp. 230-369.
- LUBARSCH. — *Correspondenzblatt f. Schweizerärzte* 1891, t. 21, p. 502.
- LUSINCHI. — Le cancer primitif de l'ovaire avant la vingtième année. *Thèse Montpellier* 1919-20, n° 129.
- LUTAUD. — Cancer metastatique des ovaires. *Bull. et Mémoires Soc. Chir. Paris* 4 février 1927.
- MAJOR. — *Surgery Gyn. and Obs.* 1918, p. 195.
- MALININ. — *Saratowsky Wjestnik* 1925, t. 5, p. 11.
- MANDL. — Ein fall. von Krukenberg'schem tumor. *Centralblatt f. Gynak.* 1913, t. 2, n° 49, p. 1786.
- MANZONI. — Cistocarcinoma ovario bilaterale. Carcinoma pylorico. *Gazetta Médica Lombarda* 1897, p. 349.
- MARCHAND. — Beiträge z. Kenntniss der Ovarialtumoren. *Monat. f. Geb. u. Gyn.* 1919, t. 21, p. 14.
- MARCHAND. — *Journal of Obst. and Gyn. of Brit. Empire* 1910.
- MARTIN. — *Handbuch der krankheiten des Weiblichen Adnexitorgane* 1899.
- MARTIN J. F. et CREYSSÉL. — Un nouveau cas de tumeur de Krukenberg. *C. R. Soc. Nat. Med. de Lyon* 3 mars 1926. *In Lyon Medical* 1927, p. 732.
- MASSABUAU et ETIENNE. — Le cancer primitif de l'ovaire. *Revue de Gynécologie*, 1913, p. 200.
- MASSAZA. — *Ann. di Obs. e. Gyn. Milan*, 1925, p. 31.

- MASSON (P.) et J.-F. MARTIN. — Sur la présence des cellules de Kultschitzky dans un épithélioma cylindrique de l'estomac et ses métastases. *Bull. Ass. Fr. Etude du Cancer* mars 1928, t. 18, n° 3.
- MATTERS. — *Medical Journal of Australia* 1926, t. 1, p. 181.
- MERIEL. — Les tumeurs solides de l'ovaire. *Rapport au VI^e Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Toulouse*, septembre 1910.
- Epithélioma des deux ovaires et cancer gastrique méconnu. *C. R. Soc. Obst. et Gyn. Toulouse*, 1^{er} mai 1912.
- METZGER. — Les métastases ovariennes des cancers digestifs. *Thèse Paris* 1911, n° 354.
- MEYER. — *Arch. f. Gynak.* 1908, t. 85.
- MICHELSON. — Zur multiplicitat der primarem carzinom. *In. Diss. Berlin* 1889.
- MICLECKI. — *Zeit. f. Krebsforschung* 1913.
- MICKULICZ. — Bericht uber 103 operationem am magen. *Arch. f. Klin. Chirurgie* 1896, t. 51, p. 9.
- MILLER. — *Trans. of Edimburg Obst. Soc.* 1925.
- MOMIGLIANO. — *Arch. Italiani di Obst. e Gyn.* 1925, n° 5.
- MONOD. — Néoplasmes associés. *Soc. Chir. Paris*, décembre 1902, p. 123.
- MONTANELLI, REVICELLI et SAVARE. — A proposito della struttura pseudo-theliomatosa dei carcinoma secundari dell' ovario. *La Ginecologia*, 28 février 1909, t. 6, p. 17.
- MORENAS. — Voir Bouchut.
- MOURE. — Métastase ovarienne d'un cancer digestif. *Soc. Chir. Paris*, 25 janvier 1928, p. 88.
- MULLER. — Ueber karzinom und endotheliom des Eistocks. *Arch. f. Gynak.* 1892, t. 42, p. 403.
- NADIG. — Ueber carzinom metastazen in beiden ovarien. *In. Diss. Zurich* 1900.
- NEHRKORN. — Multiplicitat primarem malignem tumorem. *Munch. Med. Wochensch* 1901, t. 21, p. 581.
- NEUMANN. — Carcinoma mucocellare ovarii s. Krukenberg tumor. *Arch. f. Gynak.* 1924, t. 121, p. 739.
- OBERNDORFER. — *Münchener Med. Wochensch.*, janvier 1911.

OLSHAUSEN. — Die Krankheiten der ovarien. *Deutsche Chirurgie Lief* 58.

— Impfmestastasen der carzinom. *Deutsche Med. Wochens*, 1902, n° 42, p. 750.

OMORI. — Klinische und anatomische beträgezur lehre von metastatischen Eirstockskrebs. *In. Diss. Wurzburg*, 1904

ORTHMANND. — Dippelseitiges fibrosarcom der ovarien. *Zeit. f. Geb. U. Gyn.* 1905, t. 63, p. 127.

OUTERBRIDGE. — Krukenberg tumor of the ovary. *The American Journal of Obst.* 1911, t. 64, n° 6, p. 925.

OZENNE. — Cancer latent de l'estomac avec perofration. Cancer des ovaires. *Soc. Anatomique*, 23 avril 1880, p. 297.

PALLASSE. — Discussion Bouchut et Morenas. *In Lyon Médical* 1923, p. 928.

PALMER. — Pelvic transplantation metastasis of abdominal carcinoma. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, février 1910, p. 154.

PAPAIANOOU. — Zur kenntniss der endothelialen und metastatischen ovarial tumorem. *Monat. f. Geb. u. Gyn.* 1904, t. 20, p. 802.

PATEL. — Discussion Perrin. *In Lyon Medical* 1910, t. 1, p. 755.

PAYR. — *Arch. f. Klin. Chir.*, t 75.

PERRIN. — Tumeur double des ovaires de généralisation consécutive à une tumeur latente de l'estomac. *Soc. Med. Lyon* 30 novembre 1910, *in Lyon Medical* 1910, t. 1, p. 755.

PETRINA. — Ueber carcinoma peritonei. *Prager Viert. Keilk.* 1872, t. 114, p. 11.

PFANNENSTIEL. — Ueber carzinombildung nach ovariectomien. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1894, t. 28, p. 2.

— Congrès de Kiel 1905 in *Verhand de D. Gesselsch f. Gynak.*, 1906, p. 205.

— *Veit's Handbruch von Gynakologie*, t. 3, p. 353.

PICK. — Zur symptomatologie der sarkom des Eirstocks. *Centralblatt f. Gynak.* 1894, t. 39, p. 940.

— *Berliner Klin. Woch.* 1894, n° 45 et 46.

PIQUE. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1899.

PLEV. — *Berlin. Klin. Wochensch* 1912, p. 883.

POLAILLON. — *Maladies des Femmes*, 1901, pp. 707 à 718.

- POLANO. — Ueber pseudoendotheliome des Eirstocks. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1904, t. 51, p. 1.
- *Monats f. Geb. u. Gyn.* 1903, pp. 281 et 266.
- *Wurzbürger Abhandlungen der prakt. Medizin* 1904.
- *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1905, t. 56, p. 416.
- *Centralblatt f. Gyn.* 1907, t. 26, p. 784.
- POTHERAT. — De la pluralité des néoplasmes abdomino-pelviens chez la femme. *Soc. Chirurgie Paris*, 1^{er} avril 1903, p. 367.
- POUPINEL. — *Thèse Paris* 1886.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, Paris 1907, p. 1033.
- PRIBRAM. — Zur frage der operabilitat metastatischer ovarialtumorem und der actiologie der sog. Krukenberg tumorem. *Arch. f. Gynak.* 1922, p. 176.
- PROCHOVNICK. — Tumeur solide métastatique de l'ovaire et cancer de l'estomac. *Centralblatt f. Gynak* 1907, n° 9, p. 272.
- PUSATERI. — Cancers primitifs multiples. *La Clinica Chirurgia* 1910, t. 18, n° 4, p. 953.
- QUENU. — Communication Le Dentu. *Bull. Soc. Chirurgie Paris* 1901.
- RRTHERT. — *In. Diss. Griefswald*. 1901.
- RAU. — *Zeit. f. Krebsforsch* 1922, t. 18.
- REEL. — *Ann. of Surgery*, 1921, t. 23, p. 47.
- REITMANN. — *Arch. f. Derm.* 1908, t. 90, p. 351.
- RHEIN. — Ueber zwei falle von primarem carzinomen beider ovarien. *In. Diss. Griefswald* 1898.
- RICARD. — De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans la même famille. *Thèse Paris* 1885.
- RICHTER. — Zur casuistick der multiplen primaren carzinom. *Wien. Klin. Woch.* 1905, n° 33, p. 58.
- RISPAL et GONTHIER. — *Toulouse Medical*, 1904.
- RIWLIN. — *In. Diss. Munich*, 1913.
- ROBISCHON. — Ueber ovarialcarzinom nebst Mittheilung. *In. Diss. Griefswald* 1895.
- ROKITANSKI. — *Pathol. Anatomie*, t. 3, p. 431.
- ROMER. — *Arch. f. Gyn.* 1902, t. 66, p. 37.
- ROQUEMAURE. — Contribution à l'étude du cancer primitif de l'ovaire. *Thèse Montpellier*, 1919-20, n° 118.

- ROSENSTEIN. — *Surgery, Gynecology and Obstetric*, août, t. 11
- ROSENSTIRN. — *In. Diss. Griefswald*, 1901.
- Zur frage der Krebsmetastasen in den ovarien und in cavum Douglassii. *Arch. f. Gynak.* 1910, t. 88, p. 794.
- ROSENSKI. — *Zeut. f. Geb. u. Gyn.* 1896, t. 33.
- ROSTHORN. — *Monat. f. Geb. u. Gyn.* 1909, t. 24.
- ROTHENBERG. — Maligne ovarial tumorem. *In. Diss. Heildelberg* 1893.
- ROTTER. — *Zeit. f. Kreösforsch.* 1922, t. 28, p. 171.
- ROUX et VINON. — Cancer bilatéral des ovaires. *Soc. Sciences Médicales de Montpellier*, 1920.
- ROY-FALLAS. — Krukenberg's utmor of the ovary. *Surgery Gynecology and Obstetric.*, nov. 1929, n° 5.
- RUBESCA. — Sur la complication des tumeurs malignes des ovaires avec cancer primaire des autres organes abdominaux. *Sborniklearsk, Prague*, 1891.
- RUGER. — *Geb. Gyn. Ges. Berlin*, 1907.
- SACERDOTE. — *Arch. Italia di Chirurgio*, 1925, t. 13, p. 614.
- SAÈNGER. — *Monat. f. Geb. u. Gyn.* 1912, t. 36.
- SANDROCK. — Zur Histologie und genese der sogenannten Krukenbergschen ovarialtumorem. *In. Diss. Göttingen*, 1906,
- SAUTER. — Ueber ein secundares adenom des ovariums; *Monat. f. Geb. u. Gyn.* 1901, p. 776.
- SCHAEPPER. — *Mitt. aus der Grenzg. Med. u. Chir.* 1912, t. 24, p. 73.
- SCHARLIER (Mary). — On the proportion of malignant to innocent ovarian growts founded on a serie of 150 cases. *Proc. of the Royal Soc. of Med. Sciences*, 1910, t. 3, p. 85.
- SCHAUTA. — Ovarial und Magenkrebs. *Centralblatt f. Gyn.* 1907, p. 112.
- SCHAW. — *Proceedings of the Royal Soc. of Medical Sciences*, 1926, t. 19, p. 49.
- SCHENK. — Primärer Krukenberg'schen Ovarialtumor. *Centralblatt f. Gyn.* 1904, p. 638.
- *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.* 1904, t. 51, p. 2.
- *Prag. Med. Woch.* 1907, pp. 12 et 36.

- SCHENK et SITZENFREY. — *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.* 1907, t. 60, p. 392.
- *Semaine Médicale*, 13 janvier 1909.
- SCHILLER. — *Soc. de Gynécologie de Vienne*, 23 juin 1925.
- SCHIMMELBUSCH. — Ueber Multiples auftrete primärer karzinom. *Arch. f. Klin. Chir.* 1889, t. 39, p. 460.
- SCHLAGENHAUFER. — Ueber des metastatische ovarialkarzinom nach Krebs des Magens. *Monat. f. Geb. u. Gyn.* 1902, t. 15, p. 485.
- SCHMIDT. — Magenkarzinom und Graviditat. *Arch. f. Gyn.* 1922, p. 117 et 1924 p. 168.
- SCHMORL. — *Congrès de Dresde*, 18 mai 1905.
- *Centralblatt f. Gyn.* 1906, t. 2, p. 61.
- SCHNEIDER. — Zur casuistik der operablen ovarial karzinom. *In. Diss. Mazburg* 1891.
- SCHNITZLER. — *Mitt. aus der Grenzq. der eMd. U. Chir.* 1909, t. 19, p. 205.
- SCHOLZ. — Ueber magenkreöse in jugendlicher Alter. *In. Diss. Breslau* 1886.
- SCHRADER. — Beitrag zur Statistik der Magenkrebses. *In. Diss. Göttingen* 1886.
- SCHRODER. — Handbuch der Krankheiten der Weiblichen Geschlechtsorgane. *In. Diss. Liepsig* 1881.
- SCHRODER (Anna). — *In. Diss. Liepsig* 1922
- SCHUSTLER. — Carcinom beider Ovarien. *Wien. Meö. Wchft* 1883, t. 2 et 3, pp. 38-67.
- SCHWARTZ. — *Académie de Médecine de New-York*, 1913.
- SITZENFREY. — Secudarer Gallerkarzinom des Uterus... und Ovarialkarzinom. *Prager Med. Woch.* 1907, n° 18, p. 49.
- *Mittheil aus. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1908, t. 19, p. 372.
- SNOO (De). — Metastatische ovarial karzinom. *Centralblatt, f. Geb. u. Gyn.* 1907, t. 46, p. 1446.
- SORREL. — Discussion Moure. *Soc. Chirurgie Paris*, 25 janvier 1928, p. 88.
- SOULIGOUX et DESCHAMPS. — Tumeurs épithéliales des ovaires consécutives à un cancer de l'estomac. *Société Anatomique* 1901, p. 287.

- STAUDER. — Ueber Sarkome des Ovariums. *Zeitch. f. Geb. u. Gyn.* 1902, t. 47, p. 357.
- STERNBERG. — *Cent. f. Allg. Path. u. Pathol. Anat.* 1901, t. 12, p. 625
- *Centralblatt f. Gyn.* 1906, t. 25, p. 733.
- STICKEL. — Ueber dippelseitige matastatische ovarial karzi nom. *Centralblatt f. Gyn.* 1907, t. 10, p. 275.
- STONE. — *Surgery Gyn. and. Obst.* 1916, t. 22, n° 3, p. 407.
- STRAUSS. — *Berl. Klin. Woch* 1899.
- STROGANOFF (Ulesko). — Zur Histogenese der Sogenannten Krukenberg'schen eirstocksgeschwulste. *Centralblatt f. Gyn.* 1911, t. 34, p. 1049.
- STURZENEGGER. — Beitrage zur Krebsmétastasen. *In. Diss. Zurich* 1892.
- SUTTON (Bland.). — A Clinical lecture on Secundary (Metastatic) Carcinoma of the ovaries. *Brit. Med. Journal* 1906, t. 1, p. 1216.
- SWITALSKY. — *Monat. f. Geb. u. Gyn.* 1907, t. 5, p. 386.
- TAPIE. — Contribution à l'étude du diagnostic histologique de la tumeur de Krukenberg. *Arch. Franco-Belges de Chirurgie* 1927, p. 105.
- TAVERNIER et F. CONDAMIN. — Nouveau cas de maladie de Krukenberg. *C. R. Soc. Médicale des Hôp. Lyon*, 19 janvier 1927.
- TEDENAT. — Cancer métastatique de l'ovaire. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* 1924, p. 46.
- TEICHMANN. — Ueber maligne ovarialtumorem. *In. Diss. Iéna* 1887.
- TEMESVARY. — Beitrage zur Pathologie der ovarialzarkome. *Verhand d. Deutsch. Gyn. Gesell* 1895, t. 6, p. 716.
- THEDE. — *In. Diss. Kiel*, 1892.
- THIBAUT. — Formes anormales du cancer de l'estomac. *Gazette des Hôpitaux*, 9 mars 1912, n° 29, p. 405.
- THIES. — Gesellschaft fur Geburtshilfe u Gynakologie zur Leipzig. *Centralblatt f. Gyn.* 1923, n° 33, p. 69.
- TIBURTINS. — Ueber Combination von Karzinom ovaril und ventriculi. *In. Diss. Kœnigsberg*, 1899.
- TIGNEL. — Cancers primitifs multiples. *Thèse Lyon* 1902-03, n° 174.

- TILP. — *Berl. Klin. Woch.* 1908, p. 1180.
- TIXIER L. — Gastrectomie datant de deux ans et demi; apparition chez la malade d'un cancer bilatéral des ovaires et d'un cancer du sein, guérison. *Soc. Chir. Lyon* 21 janvier 1909, in *Lyon Médical* 1909, n° 10, p. 502.
- Coexistence d'une tumeur kystique de l'ovaire droit et d'un cancer sténosant de l'iliaque; extirpation simultanée. *Soc. Chir. Lyon*, 20 février 1913, in *Lyon Chirurgical*, 1913, p. 573.
- TOURNEUX et VILLEMER. — Cancer bilatéral des ovaires. *Soc. Anaotmo-clinique Toulouse*, 15 mai 1914.
- TOYOSUMI. — *Wirchow's Arch.* 1907, t. 52, p. 347.
- TREKARI. — Cancer de l'estomac. Cancer secondaire du péritoine des ovaires et de l'utérus. *Soc. Anatomique* 1890, p. 241.
- TRIPPIER. — *Anatomie Pathologique*, p. 922.
- TROVATI. — *Arch. Ital. di. Chirurgia*, 1899.
- TUFFIER. — *Bull. et Mem. Soc. Chir. Paris*, 9 mars 1898.
- TUROLT MAX. — Krukenberg tumor und Schwangerschaft *Centralblatt f. Gyn.* 1923, n° 49, p. 346.
- UTEAU. — L'anurie dans les néoplasmes pelviens. *Thèse Paris*, 1904.
- VAUTRIN et HOCHÉ. — Les Fibromes de l'ovaire. *Revue de Gynécologie*, 1909, t. 13, n° 4, p. 591.
- VERTES. — *Monat f. Geb. u. Gyn.* 1913, t. 32, p. 128.
- VIANNAY. — Epithélioma des deux ovaires chez une femme ayant subi onze mois auparavant une gastrectomie pour cancer. *Soc. Sciences Med. Saint-Etienne*, in *Lyon Chirurgical*, 1911, t. 6, p. 87.
- VIGNES. — Carcinome de l'ovaire. *Thèse Bordeaux*, 1895.
- VILLARD. — Discussion Perrin. *Lyon Médical*, 1911, t. 1, p. 755.
- VINCENT et FERRARI. — Cancer métastatique des ovaires et du cul de sac de douglas. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 20 avril 1912, p. 373.
- VIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs. Paris* 1869, t. 2, p. 363.
- VOIGT. — *Arch. f. Gyn.*, 1894, t. 47, et 1895, t. 49.
- WAGNER. — Zur histogenese der Krukenberg'schen ovarial-tumorem. *Wien. Klin. Woch.*, 15 mai 1902, n° 20.
- *Centralblatt f. Gyn.*, 1906, p. 752.

- WALTHER. — Cancer de l'estomac avec métastases sur les deux ovaires et l'utérus. *Bull. Assoc. Française pour l'Etude du Cancer*, 20 juin 1910, p. 268.
- WEISSBLUM. — Ueber primäre und sekundäre Magensarcome. *In. Diss. Griefswald*, 1886.
- WEISSWANGE. — *Centralblatt f. Gyn.* 1908, p. 250.
- WEYL. — Magenkarzinom und Ovarialtumor. *Centralblatt f. Gyn.* 1906, t. 2, n° 38, p. 1054.
- WEIDERSHEIM. — Ueber ein fall von endotheliom ovarii. *In. Diss. Freiburg*, 1900.
- WILDE. — Über das Vorkommen des Krebses. *In. Diss. Kiel*, 1892.
- WOLFHEIM. — *Monat. . Geb. u. Gyn.* 1906, t. 24, p. 63.
- ZAHN. — *Virchow's Arch.*, 1889, t. 117, p. 30.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
I. — Historique	13
II. — Observations	21
III. — Etiologie	51
IV. — Pathogénie	57
V. — Anatomie pathologique	67
VI. — Etude clinique	77
VII. — Diagnostic	91
VIII. — Evolution. Résultats.	97
IX. — Thérapeutique	99
CONCLUSIONS	106
BIBLIOGRAPHIE	109



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON ,

• • • • • LYON • • • • •



